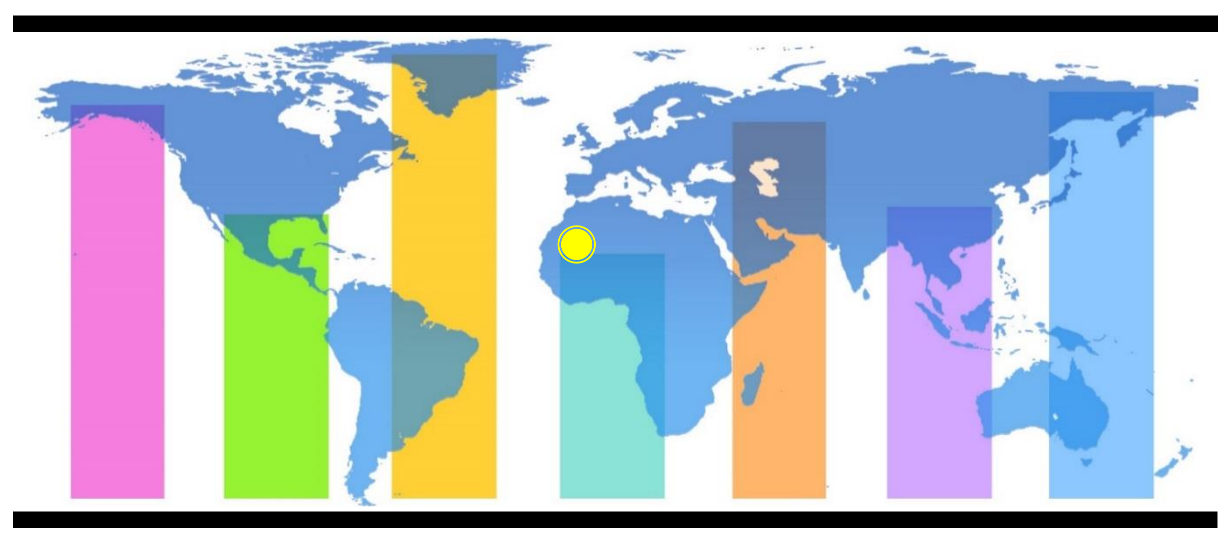
RÉPUBLIQUE DU MALI



Septième Enquête Démographique et de Santé (EDSM-VII)

2023–2024

Rapport des indicateurs clés

RÉPUBLIQUE DU MALI



Septième Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-VII) 2023–2024

Rapport des indicateurs clés

Institut National de la Statistique (INSTAT)
Bamako, Mali

Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF)
Bamako, Mali

The DHS Program
ICF
Rockville, Maryland, USA

Septembre 2024









Ce rapport présente les résultats clés de la septième Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM-VII) réalisée par l'Institut National de la Statistique (INSTAT) en étroite collaboration avec la Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF). Le financement de l'EDSM-VII a été assuré par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), le Fonds mondial et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). ICF a fourni l'assistance technique à l'ensemble du projet par le biais du DHS Program, financé par l'USAID, et dont l'objectif est de fournir un support et une assistance technique à des pays du monde entier pour la réalisation des enquêtes sur la population et la santé.

Pour tous renseignements concernant l'EDSM-VII, contactez l'Institut National de la Statistique (INSTAT), avenue du Mali, Hamdallaye ACI 2000 ; téléphone : (223) 20 22 24 55/(223) 20 22 48 73, fax : (223) 20 22 71 45 – CNPE : 20 23 54 82 ; NIF : 084115843-C ; email : cnpe.mail@afribone.net.ml ; la Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) ; B.P. 232, Bamako, Mali, téléphone : (223) 20 73 31 41.

Pour obtenir des informations sur le DHS Program, contactez ICF, 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, USA ; téléphone : +1-301-407-6500 ; fax : +1-301-407-6501 ; email : info@DHSprogram.com; internet : www.DHSprogram.com.

Citation recommandée :

Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), et ICF. 2024. *Septième Enquête Démographique et de Santé au Mali 2023–2024. Indicateurs Clés.* Bamako, Mali, et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF, et ICF.

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAUX ET GRAPHIQUES

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

BCG	Bacille Calmette-Guérin
CAPI	Computer-assisted personal interviewing
CNESS	Comité National d'Éthique pour la Santé et les Services de la Vie
CPS/SS-DS-PF	Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille
CREDD	Cadre Stratégique pour la Relance Économique et le Développement Durable
CSPro	Census and Survey Processing
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine
DHS	Demographic and Health Survey
DIU	Dispositif intra-utérin
DTCoq	Diphtérie, tétanos, coqueluche
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ET	Écart type
HepB	Hépatite B
Hib	Haemophilus influenzae type B
INSTAT	Institut National de la Statistique
IRA	Infection respiratoire aiguë
ISF	Indice synthétique de fécondité
IST	Infection sexuellement transmissible
IYCF	Infant and young child feeding
MAMA	Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MJF	Méthode des jours fixes
MPNN	Mortalité post-néonatale
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PANJE	Pratique d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
SD	Standard deviation
SDG	Sustainable Development Goal
SE	Section d'énumération
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
SRO	Sel de réhydratation par voie orale
TBN	Taux brut de natalité
TFGA	Taux de fécondité générale par âge
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
UPS	Unité primaire de sondage
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPI	Vaccin polio inactivé
VPO	Vaccin polio oral

1 INTRODUCTION

Le Gouvernement du Mali a organisé en 2023–2024 sa septième Enquête Démographique et de Santé (EDSM-VII). Cette enquête a été conçue pour fournir des données statistiques actualisées, désagrégées et au plan national sur la situation sociodémographique et sanitaire des populations du Mali et, en particulier des enfants et des femmes, afin de rendre compte des progrès accomplis vis-à-vis des Objectifs de Développement Durable (ODD), des objectifs du Cadre Stratégique pour la Relance Économique et le Développement Durable (CREDD) et d'autres engagements mondiaux et nationaux en matière de développement social.

Pour cela, l'EDSM-VII a collecté des données sur les niveaux de fécondité, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, la mortalité des enfants, la santé maternelle et infantile, les pratiques en matière d'allaitement, l'état nutritionnel des enfants de moins 5 ans et des femmes, la possession et l'utilisation de moustiquaires, la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du VIH/Sida et d'autres infections sexuellement transmissibles, les handicaps, la teneur en iode du sel de cuisine, l'excision, la fistule obstétricale, et les violences domestiques. Par ailleurs, cette enquête a permis de collecter des échantillons de sang pour la réalisation du test d'anémie chez les enfants de 6–59 mois et chez les femmes de 15-49 ans, des informations sur la situation nutritionnelle chez les enfants de 0–59 mois et chez les femmes de 15–49 ans.

Ce rapport répond au souci de fournir aux décideurs et prestataires de services, le plus rapidement possible après la fin de la collecte, des informations sur le niveau de certains indicateurs clés. Il est essentiellement descriptif et ne couvre pas tous les domaines enquêtés. Le rapport final couvrira l'ensemble des domaines enquêtés et comportera une analyse plus élaborée des données, en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques des personnes interviewées.

OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

L'objectif principal de l'EDSM 2023–2024 est de fournir des estimations actualisées des indicateurs démographiques et de santé de base. En outre, l'EDSM-VII a collecté des données démographiques, sanitaires et nutritionnelles.

Les informations collectées par l'EDSM 2023–2024 sont destinées à éclairer les responsables et les gestionnaires de programmes pour concevoir des stratégies et des programmes d'évaluation dont le but est l'amélioration de la santé de la population du Mali. L'EDSM-VII fournit aussi des indicateurs pertinents pour évaluer la réalisation des ODD pour le Mali.

2 MISE EN OEUVRE DE L'ENQUÊTE

2.1 CONCEPTION DE L'ÉCHANTILLON

L'EDSM-VII cible la population des individus qui résident dans les ménages ordinaires de l'ensemble du pays. L'EDSM-VII est basée sur un échantillon de ménages qui a été sélectionné de façon à fournir une représentation adéquate des milieux urbain et rural ainsi que de chacun des 11 domaines d'étude correspondant aux dix (10) régions administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal Taoudenni et Ménaka) et au district de Bamako. Ces régions, issues de l'ancien découpage administratif, correspondaient aux régions sanitaires opérationnelles au moment de l'opération. Pour les régions de Kidal et Ménaka, l'enquête a eu lieu uniquement dans les villes pour des raisons d'insécurité alors qu'il était prévu d'enquêter dans toutes les localités de ces régions.

L'échantillon de l'EDSM-VII est un échantillon aréolaire stratifié et tiré à deux degrés. Au premier degré, des Unités Primaires de Sondage (UPS) ou grappes ont été tirées à partir de la liste des sections d'énumération (SE) établies au cours du cinquième recensement général de la population et de l'habitat (RGPH5) réalisé en 2022. Globalement, 500 grappes, dont 125 en milieu urbain et 375 en milieu rural, ont été sélectionnées en procédant à un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la taille, celle-ci correspondant au nombre de ménages de l'UPS. Un dénombrement exhaustif des ménages avec prise de leurs coordonnées GPS ont été effectués au moyen des tablettes. Sur la base de la liste complète des ménages nouvellement établie au moment du dénombrement de chaque grappe, il a été sélectionné, au second degré, un échantillon de 24 ménages avec un tirage systématique à probabilité égale.

Toutes les femmes âgées de 15–64 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées. De plus, tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin d'évaluer leur état nutritionnel.

Par ailleurs, dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux, tous les hommes de 15–64 ans étaient éligibles pour être enquêtés et les femmes de 15–49 ans étaient éligibles pour le test d'anémie et pour être mesurées et pesées afin d'évaluer leur état nutritionnel. Dans ce même sous-échantillon, les enfants de 6–59 mois étaient éligibles pour les tests d'anémie.

2.2 QUESTIONNAIRES

Quatre types de questionnaires ont été utilisés pour collecter les données de l'EDSM-VII : le questionnaire ménage, le questionnaire individuel femme, le questionnaire individuel homme et le questionnaire biomarqueurs. Le contenu de ces questionnaires est basé sur les questionnaires modèles développés par le DHS Program. Une adaptation aux besoins spécifiques du Mali a été faite au cours de plusieurs réunions ayant regroupé toutes les parties prenantes à cette enquête. Par ailleurs, avant de commencer la collecte des données, les agents retenus dans le cadre de l'EDSM-VII ont rempli un questionnaire de l'agent de terrain pour les besoins d'évaluation de leurs compétences.

Le **questionnaire ménage** a permis d'enregistrer tous les membres du ménage et les visiteurs qui y ont dormi la nuit précédant l'enquête avec certaines de leurs caractéristiques : lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge, situation de résidence, niveau d'instruction des personnes de 3 ans et plus, état de survie et résidence des parents biologiques pour les personnes de moins de 18 ans, assistance aux frais de scolarité et à l'acquisition des matériels scolaires pour les personnes de 3 à 24 ans fréquentant l'école, enregistrement des naissances pour les enfants de 0 à 4 ans, et le handicap parmi les personnes de 5 ans et plus.

Il a aussi permis d'identifier les femmes, les hommes et les enfants éligibles pour les interviews individuelles et/ou pour les tests et mesures biologiques et de collecter les informations sur les caractéristiques du ménage, telle que la principale source d'approvisionnement en eau de boisson, le type

de toilettes, le type d'équipement et de combustible utilisé pour la cuisine, le chauffage et l'éclairage, le type de matériaux du sol du logement, la possession de certains biens durables, la possession du bétail et/ou de volailles, la possession et l'utilisation de la moustiquaire). Des tests pour déceler la présence d'iode dans le sel utilisé pour la cuisine par les ménages ont été aussi effectués.

Le **questionnaire individuel femme** a été utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles, c'est-à-dire les femmes âgées de 15–64 ans, résidentes ou visiteuses du ménage. Il comprend les sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques des femmes ;
- Reproduction ;
- Contraception ;
- Soins prénatals, postnatals et les soins aux nouveau-nés ;
- Vaccination des enfants (0–35 mois) ;
- Santé de l'enfant (0–59 mois) ;
- Nutrition de l'enfant (0–23 mois) ;
- Indice de développement de la petite enfance ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Caractéristiques du mari et le travail de la femme ;
- VIH/sida ;
- Autres problèmes de santé ;
- Activités physiques ;
- Maladies chroniques ;
- Mutilations génitales féminines/Excisions ;
- Violence domestique.

Le questionnaire individuel homme est indépendant du questionnaire femme, mais la plupart des questions posées aux hommes âgés de 15–64 ans sont identiques à celles posées aux femmes de 15–64 ans. Le questionnaire comprend les sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques des hommes ;
- Reproduction ;
- Contraception ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Emploi et rôle du sexe ;
- VIH/sida ;
- Autres problèmes de santé ;
- Activités physiques ;
- Maladies chroniques ;
- Violence domestique.

Pour chaque interview (ménage et individuel), les coordonnées GPS ont été prises là où elle a eu lieu.

Le **questionnaire biomarqueur** a été utilisé pour enregistrer les résultats des :

- Tests d'anémie chez les enfants de 6–59 mois et chez les femmes de 15–49 ans ;
- Mesures du poids et de la taille chez les enfants de 0–59 mois et chez les femmes de 15–49 ans.

Le questionnaire de l'agent de terrain a été rempli par les agents enquêteurs qui ont été retenus pour réaliser la collecte des données sur le terrain. Le questionnaire de l'agent de terrain permet de connaître les caractéristiques sociodémographiques de base de l'agent de terrain (milieu de résidence, âge, sexe, état matrimonial, éducation, langues parlées), son expérience en matière de grandes enquêtes telles que les

Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS). En outre, ce questionnaire permet de savoir si l'agent état, ou non, déjà employé par l'Institut National de la Statistique (INSTAT) ou la Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF).

Les quatre questionnaires ainsi que le protocole de l'enquête ont été validés par le Comité d'Éthique de la Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de l'Université des Sciences et de Technologies de Bamako et le comité d'éthique (Institutional Review Board) d'ICF.

2.3 MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES

La taille et le poids ont été des enfants de moins de 5 ans ont été mesurés dans les ménages sélectionnés pour l'enquête. Pour les femmes âgées de 15–49 ans, la taille et le poids ont été mesurés dans les ménages sélectionnés seulement pour l'enquête homme. Les mesures du poids ont été obtenues en utilisant des balances électroniques pèse-personne (SECA) tandis que les mesures de la taille ont été prises à l'aide des toises (Shorr Board) graduées : les enfants âgés de moins de 24 mois ont été mesurés en position couchée (allongée) alors que les enfants les plus âgés et les adultes ont été mesurés en position débout.

Pour évaluer la précision des mesures, au moins deux enfants par grappe ont été sélectionnés au hasard pour être mesurés une seconde fois. Le DHS Program définit une différence de moins d'un (01) centimètre entre les deux mesures de taille comme un niveau de précision acceptable. Les enfants avec un *z* score inférieur à –3 ou supérieur à +3 pour la taille-pour-âge, le poids-pour-taille ou le poids-pour-âge ont été signalés et mesurés une deuxième fois. La remesure des cas signalés a été effectuée pour garantir un rapport précis de la taille.

Après avoir effectué les mesures et réévaluations de la taille et du poids des enfants, les *z* score poids/taille des enfants étaient calculés avec CAPI. Les enfants ayant un *z* score inférieur à –3 pour le poids-pour-taille étaient considérés comme des enfants souffrant d'une malnutrition aiguë sévère. Un formulaire de référence était fourni au parent/adulte responsable d'un enfant identifié avec une malnutrition aiguë sévère. Le technicien biomarqueur de l'équipe recommandait aux personnes concernées de se rendre dans un établissement sanitaire le plus proche pour diagnostic et prise en charge.

2.4 FORMATION DES FORMATEURS ET PRÉTEST, DÉNOMBREMENT

2.4.1 Formation des formateurs et prétest

La formation des formateurs a eu lieu en même temps que celle des agents enquêteurs pour le prétest des outils. Cette activité s'est déroulée du 3 au 28 octobre 2023. Elle avait pour but principal de former les formateurs principaux et de tester l'ensemble des outils de collecte (PAPI et CAPI). Il s'agissait spécifiquement de :

- Former les agents enquêteurs sur la structure et l'administration des questionnaires ;
- Tester les questionnaires en vérifiant la formulation des questions, les sauts et filtres ainsi que les séquences des questions ;
- Former les agents à l'utilisation de l'application de la collecte CAPI ;
- Tester l'application de collecte en vérifiant la cohérence avec les questionnaires papier (PAPI).

2.4.2 Formation des agents cartographes, énumérateurs et travaux de terrain

La formation des agents pour les travaux cartographiques et le dénombrement des ménages s'est tenue à Bamako du 18 au 22 octobre 2023 pour les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti et le District de Bamako. Pour des raisons de déplacements de la population et d'insécurité, les travaux cartographiques ont été réalisés au même moment que l'enquête dans les régions de Tombouctou, Gao, Kidal, Taoudenni et Ménaka.

Les travaux de cartographie et d’énumération proprement dits se sont déroulés en 40 jours, soit du 28 octobre au 6 décembre 2023. Il s’agissait pour les cartographes et les énumérateurs de repérer les grappes sélectionnées pour l’enquête, actualiser les limites de la SE au besoin, procéder à la segmentation des SE de plus de 150 ménages pour en sélectionner un, énumérer l’ensemble des ménages s’y trouvant. Les résultats de la cartographie ont servi pour la sélection des ménages au moment de l’enquête. Trente équipes ont été constituées pour les besoins de la cartographie. Chaque équipe était composée de deux agents : un cartographe et un énumérateur.

2.5 FORMATION DU PERSONNEL DE TERRAIN

La formation pour l’enquête principale s’est tenue du 6 novembre au 7 décembre 2023. Au total, deux-cent-quarante-six (246) agents ont été présélectionnés pour suivre la formation.

Les participants étaient répartis entre trois salles de formation et la formation a été organisée en deux phases. Une phase théorique (présentations et simulations) s’est tenue du 6 au 27 novembre 2023 dans les différentes salles et une phase pratique sur le terrain a été réalisée du 28 novembre au 6 décembre 2023 dans trois localités non échantillonnées en dehors de Bamako. Cent-quatre-vingt-neuf (189) agents ont été retenus pour les travaux de terrain à l’issue de la formation et des séries de tests.

La formation a porté sur les techniques d’interview, le remplissage des questionnaires, l’utilisation des tablettes Android pour conduire les interviews assistées par ordinateur (CAPI), les techniques de prise des mesures anthropométriques et de réalisation du test d’anémie. L’approche utilisée a consisté à (i) la lecture concomitante des manuels d’instructions et des questionnaires suivie d’explications et de démonstrations ; (ii) des jeux de rôle en salle entre participants suivis de discussions ; (iii) des pratiques sur le terrain suivi de discussions en salle ; et (iv) l’organisation régulière des évaluations des connaissances acquises suivies de discussions en salle.

Cependant, tout au long de la formation, des séances de traduction des questionnaires dans les principales langues parlées au Mali ont été organisées de façon à ce qu’au cours de l’enquête, les agents enquêteurs traduisent les questions le plus fidèlement possible.

Les chefs d’équipe ont aussi reçu une formation complémentaire sur le contrôle technique, l’organisation du travail et la gestion de la logistique, le contact avec les autorités et les populations ainsi que sur les techniques de dénombrement (pour permettre aux équipes de collecte de dénombrer les grappes n’ayant pas pu être visitées pendant la phase cartographique principalement dans les régions de Tombouctou, Gao, Kidal, Taoudenni et Ménaka).

Par ailleurs, les techniciens biomarqueurs ont suivi la plus grande partie de leur formation dans une salle différente des autres agents. Ces techniciens biomarqueurs ayant le profil Technicien de Santé, agent de laboratoire et/ou des agents avec des expériences dans les enquêtes nutritionnelles ont été formés pour mesurer la taille, le poids des enfants et des adultes et pour réaliser le test d’anémie des enfants de 6–59 mois ainsi que les femmes de 15–49 ans. La formation sur les mesures du poids et de la taille de l’enfant a inclus des exercices de standardisation et des exercices de re-standardisation pour ceux qui n’ont pas réussi le test.

2.6 COLLECTE DES DONNÉES

L’enquête principale s’est matérialisée par des travaux de terrain pendant la période allant du 8 décembre 2023 au 7 mars 2024 pour les équipes du centre et du Sud, du 13 décembre 2023 au 28 mars 2024 pour les équipes du Nord. Au total vingt-sept équipes de travail composées chacune de sept personnes dont un chef d’équipe et un agent enquêteur pour administrer le questionnaire homme, trois enquêtrices pour le questionnaire femme et deux techniciens biomarqueurs (homme ou femme) pour le questionnaire biomarqueurs.

Les vingt-sept équipes ont été placées sous la responsabilité des superviseurs de terrain composés des cadres de l'INSTAT, de la CPS/SS-DS-PF, du PNLP, de la DGSHP et de la CSLS-TBH. Les agents de terrain ont utilisé des tablettes Android pour enregistrer les résultats de l'enquête et contrôler en temps réel la qualité des données collectées. Dans chaque équipe de terrain, les membres de l'équipe échangeaient des données à l'aide de Bluetooth alors que le transfert des données au niveau du bureau central de l'INSTAT, par les chefs d'équipes, se faisait par internet. À la fin de chaque journée, les chefs d'équipe transféraient les données au serveur central. Le suivi de la collecte était régulier au niveau du bureau central et du terrain.

À la fin des travaux de terrain, l'enquête a été menée avec succès dans 407 grappes sur les 500 grappes tirées pour constituer l'échantillon de l'EDSM-VII (81 %). Autrement dit, 93 grappes (19 %) de l'échantillon n'ont pas été enquêtées. C'est dans les régions de Kidal et Ménaka que la non-couverture de l'échantillon attendue est la plus importante du fait principalement des difficultés d'accès aux populations rurales et des problèmes de sécurité. En effet, plus de la moitié des grappes, prévues pour la collecte, étaient inaccessibles dans ces deux régions (Kidal, 71 % et Ménaka, 69 % ; données non présentées). Il convient de rappeler que la période de collecte des données dans les ménages a coïncidé avec une recrudescence de l'insécurité à Kidal et à Ménaka. Dans ces deux régions, les équipes de terrain n'ont pu travailler que dans les grappes des localités accessibles et sécures des chefs lieu de région et leurs environs. Ainsi, les grappes enquêtées avec succès dans ces régions ne sont suffisantes pour représenter chacune de ces régions. Alors, les indicateurs calculés dans ces conditions ne représentent qu'une portion de la région, essentiellement leurs chefs lieu et les localités environnantes couvertes par l'enquête. Cette faible couverture est susceptible d'introduire un biais à la généralisation des indicateurs relevant de chacune de ces régions. Ce biais serait d'autant plus important si la population des zones non couvertes a des caractéristiques différentes de la population des zones couvertes par l'enquête

Pour les autres régions, le pourcentage des grappes enquêtées avec succès parmi celles échantillonnées varie de 69 % à Taoudenni, 70% à Gao à 100 % à Bamako, Kayes et Tombouctou.

L'activité pastorale caractérisée par une vie nomade des populations de Taoudenni a conduit l'équipe y affectée à adopter d'autres stratégies d'approche. En effet, il a été constaté qu' au moment de l'enquête, la population de tous les ménages tirés dans l'échantillon de l'EDSM_VI avait déménagé à Tombouctou. L'équipe de travail de l'EDSM-VII, après s'être assurée qu'il s'agit bien de la même communauté auprès des autorités administratives et des chefs de fractions, a procédé à la collecte des données auprès de ménages échantillon sélectionnés dans leurs sites actuels. Les indicateurs présentés dans ce rapport pour cette région est le reflet de cette situation. Il s'ensuit que les données collectées pour la région de Taoudenni ne peuvent être associées aux conditions et caractéristiques de cette région

Compte tenu de la situation au moment de l'enquête, les données collectées dans les régions de Kidal, Ménaka et Taoudenni ne sont pas représentatives de chacune de ces régions. Dans ce rapport, les données de Ménaka ont été combinées avec celles de Gao pour représenter la région de Gao, tandis que les données de Taoudenni ont été combinées avec celles de Tombouctou pour représenter la région de Tombouctou. Cela permet de comparer les données avec celles des enquêtes EDS précédentes au Mali, qui ont utilisé le même groupement des régions. Par ailleurs, les données de Kidal sont incluses dans les résultats globaux et contribuent à l'estimation des indicateurs au niveau national, mais elles ne sont pas présentées séparément.

2.7 TRAITEMENT DES DONNÉES

Parallèlement aux travaux de collecte des informations auprès des ménages, une équipe d'édition était à l'œuvre pour un meilleur suivi de la qualité des données recueillies par les agents de terrain. L'utilisation des tablettes Android comme outils de collecte a permis une saisie automatique au moyen du logiciel CSPro incorporé dans ces tablettes. En dehors de la plateforme de suivi de collecte des données, un programme de contrôle de qualité a permis de détecter, pour chaque grappe et pour chaque équipe, les principales erreurs de collecte. Ces informations étaient communiquées aux équipes lors des missions de supervision et d'autres ont été corrigées au bureau central par les éditeurs afin d'améliorer la qualité des données.

3 RÉSULTATS CLÉS

3.1 TAUX DE RÉPONSE

Le **Tableau 1** décrit l'échantillon de l'EDSM-VII du Mali. Un total de 9 775 ménages a été sélectionné dans l'échantillon de l'EDSM-VII, parmi lesquels 9 714 étaient occupés. Dans ces ménages occupés, 9 667 ont été enquêtés avec succès, donnant un taux de réponse de 99,5 %. Dans les ménages interviewés, 17 555 femmes de 15–49 ans ainsi que 3 157 femmes de 50–64 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'interview individuelle. Les interviews ont été complétées pour 17 231 femmes de 15–49 ans et 3 123 femmes de 50–64 ans, ce qui a permis d'obtenir respectivement des taux de réponse de 98,2 % et 99 %. Dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des hommes, 8 158 âgés de 15–64 ans ont été identifiés comme étant éligibles pour l'interview individuelle et 7 :829 ont été enquêtés avec succès, ce qui correspond à un taux de réponse de 96 %.

Tableau 1 Résultats des interviews ménages et individuelles

Effectif de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse par milieu de résidence (non pondéré), EDSM-VII Mali 2023–2024

	Milieu de résidence				
Résultat	Bamako	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Interviews ménages					
Ménages sélectionnés	1 249	1 705	2 954	6 821	9 775
Ménages occupés	1 237	1 692	2 929	6 785	9 714
Ménages interviewés	1 229	1 683	2 912	6 755	9 667
Taux de réponse des ménages[1]	99,4	99,5	99,4	99,6	99,5
Interviews des femmes de 15–49 ans					
Effectif de femmes éligibles	2 433	2 804	5 237	12 318	17 555
Effectif de femmes éligibles interviewées	2 380	2 743	5 123	12 108	17 231
Taux de réponse des femmes éligibles[2]	97,8	97,8	97,8	98,3	98,2
Interviews ménages dans le sous-échantillon pour l'enquête homme					
Ménages sélectionnés	624	845	1 469	3 398	4 867
Ménages occupés	618	838	1 456	3 380	4 836
Ménages interviewés	615	833	1 448	3 364	4 812
Taux de réponse des ménages dans le sous-échantillon[1]	99,5	99,4	99,5	99,5	99,5
Interviews des femmes de 50–64 ans					
Effectif de femmes éligibles	275	384	659	2 498	3 157
Effectif de femmes éligibles interviewées	272	376	648	2 475	3 123
Taux de réponse des femmes éligible[2]	99	98	98	99	99
Interviews des hommes de 15–64 ans					
Effectif d'hommes éligibles	1 227	1 298	2 525	5 633	8 158
Effectif d'hommes éligibles interviewés	1 171	1 231	2 402	5 427	7 829
Taux de réponse des hommes éligibles[2]	95,4	94,8	95,1	96,3	96,0

[1] Ménages enquêtés/ménages occupés
[2] Enquêtés interviewés/enquêtés éligibles

Indépendamment de l'enquête individuelle femme ou homme, les taux de réponse sont plus faibles en milieu urbain, en particulier dans les villes autre que Bamako, qu'en milieu rural. Cependant, quel que soit le milieu de résidence, les taux de réponse des ménages, des femmes et des hommes sont nettement supérieurs à ceux prévus dans la conception du plan de sondage.

3.2 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

Le **Tableau 2** présente la répartition des femmes et des hommes de 15–49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, à savoir l'âge, l'état de santé autodéclaré, la religion, l'ethnie, l'état matrimonial, le milieu et la région administrative (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal, Taoudenni, Ménaka, et le district de Bamako) de résidence, le niveau d'instruction et le

quintile de bien-être économique. Pour constituer l'échantillon de l'EDSM-VII, certaines régions ont été, selon le cas, suréchantillonnées ou sous-échantillonnées de façon à disposer pour chaque région d'un nombre de cas suffisant pour pouvoir estimer des résultats avec un niveau de précision acceptable. Les résultats ont ensuite été pondérés pour redonner à chaque région son poids réel dans la population d'ensemble du Mali. Le **Tableau 2** présente, pour chaque catégorie, le nombre de cas non pondérés, c'est-à-dire le nombre de personnes effectivement interviewées dans chaque catégorie, et le nombre de cas pondérés, c'est-à-dire le nombre de cas de chaque catégorie selon son poids réel au niveau national. Dans le reste de ce rapport, tous les effectifs présentés sont des effectifs pondérés.

Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15–49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VII Mali 2023–2024

	Femme			Homme		
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Groupe d'âges						
15–19	22,3	3 862	3 935	25,0	1 669	1 684
20–24	19,5	3 378	3 345	17,4	1 165	1 142
25–29	16,7	2 905	2 853	13,9	930	912
30–34	13,7	2 382	2 396	13,6	909	889
35–39	11,9	2 065	1 995	11,7	784	772
40–44	9,1	1 586	1 558	9,9	663	670
45–49	6,7	1 169	1 120	8,5	568	574
État de santé autodéclaré						
Très bon	33,1	5 741	5 731	54,6	3 648	3 657
Bon	47,8	8 288	8 419	35,5	2 373	2 407
Moyen	17,2	2 976	2 736	9,1	608	525
Mauvais	1,9	325	303	0,8	54	50
Très mauvais	0,1	18	13	0,0	3	4
Religion						
Musulmane	94,8	16 439	16 484	93,9	6 278	6 328
Catholique	1,7	287	242	1,7	113	90
Protestant	1,0	178	143	1,1	76	62
Autre religion chrétienne	0,1	15	13	0,0	0	0
Animiste	0,3	52	40	1,4	96	72
Sans religion	2,2	377	280	1,8	121	90
Autre	0,0	0	0	0,0	2	1
Ethnie						
Bambara	31,0	5 384	4 241	30,6	2 045	1 587
Malinké	10,3	1 780	1 536	12,0	800	675
Peulh	13,2	2 281	2 135	12,2	816	772
Sarakolé/Soninké/Marka	10,9	1 898	1 702	9,3	620	569
Kassonke	0,9	153	158	0,8	53	51
Sonraï	4,1	711	1 343	3,9	262	563
Dogon	7,4	1 286	1 200	6,8	456	426
Touareg/Bella	2,4	410	1 434	2,4	161	448
Sénoufo/Minianka	10,8	1 868	1 468	12,1	811	605
Bobo	2,5	437	355	2,3	157	121
Bozo	3,4	592	603	2,6	177	179
Arabe/Maure	0,9	158	682	0,7	46	391
Autre ethnie Malienne	1,3	230	193	3,2	215	199
Pays CEDEAO	0,4	70	71	0,3	23	22
Autres pays africains	0,3	47	45	0,5	36	27
Autres nationalités	0,2	40	36	0,1	7	8
État matrimonial						
Célibataire	20,7	3 585	3 646	46,8	3 127	3 099
Marié	75,3	13 056	12 744	51,6	3 451	3 440
Vivant ensemble	1,0	181	156	0,9	61	56
Divorcé/séparé	1,6	276	384	0,6	40	36
Veuf	1,4	249	272	0,1	7	12
Milieu de résidence						
Bamako	15,4	2 675	2 376	17,6	1 177	1 027
Autres villes	11,8	2 048	2 744	11,9	795	1 065
Ensemble urbain	27,2	4 723	5 120	29,5	1 971	2 092
Rural	72,8	12 624	12 082	70,5	4 714	4 551

À suivre…

Tableau 2—*Suite*

Caractéristique sociodémographique	Femme			Homme		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Région[1]						
Kayes	15,2	2 635	2 673	13,8	920	899
Koulikoro	23,2	4 018	2 703	24,5	1 637	1 080
Sikasso	18,1	3 143	2 343	18,2	1 215	889
Ségou	14,8	2 574	2 204	14,0	939	832
Mopti	8,8	1 530	1 798	7,5	505	601
Tombouctou	1,6	281	1 774	1,9	128	862
Gao	2,8	485	1 141	2,4	163	368
Kidal	†	6	190	†	2	85
Bamako	15,4	2 675	2 376	17,6	1 177	1 027
Niveau d'instruction						
Aucun	54,1	9 382	9 816	37,0	2 476	2 790
Fondamental 1er Cycle	16,9	2 926	2 766	20,2	1 352	1 296
Fondamental 2nd Cycle	15,6	2 698	2 451	19,7	1 317	1 195
Secondaire (lycée/ technique/professionnel)	10,2	1 770	1 668	15,2	1 013	927
Supérieur	3,3	572	501	7,9	528	435
Quintiles de bien-être économique						
Le plus bas	17,5	3 036	2 630	17,6	1 179	972
Second	18,1	3 143	3 035	17,6	1 174	1 186
Moyen	19,1	3 318	4 046	17,8	1 190	1 527
Quatrième	21,2	3 676	3 723	21,6	1 446	1 428
Le plus élevé	24,1	4 174	3 768	25,4	1 697	1 530
Ensemble 15–49	100,0	17 347	17 202	100,0	6 686	6 643
50–64	na	3 007	3 152	na	1 143	1 186
Ensemble 15–64	na	20 354	20 354	na	7 829	7 829

Note : Le niveau d'instruction correspond au plus haut niveau d'instruction atteint, qu'il ait été achevé ou non.
na = non applicable
[1] † : Les données de la région de Kidal ne sont pas représentatives de toute région ; elles sont prises en compte dans l'ensemble des résultats et contribuent à l'estimation des indicateurs au niveau national mais elles ne sont pas présentées séparément.

Les femmes et les hommes âgés de 15–64 ans constituent des populations-cibles de l'EDSM-VII 2023–2024. Cependant, dans ce rapport les résultats portent sur les femmes de 15–49 ans, c'est-à-dire celles en âge de procréer. Par souci de comparaison, les résultats des hommes de la même tranche d'âges (15–49 ans) sont aussi présentés dans ce rapport. Quand s'est applicable, les résultats concernant les femmes et les hommes de 50–64 ans constituent une catégorie à part, présentés au bas des tableaux.

Les résultats mettent en évidence une forte proportion de jeunes ; le groupe d'âges de 15–24 ans représentent 42 % des femmes et 42 % des hommes. Près de six femmes sur dix (59 %) et plus d'un homme sur deux (56 %) sont âgés de moins de 30 ans. En revanche, le groupe d'âges de 40–49 ans représente 16 % des femmes et 18 % des hommes.

Les populations résidant au Mali sont, en majorité, de religion musulmane (95 % des femmes et 94 % des hommes). Celles des autres religions ne sont que très faiblement représentées.

Au moment de l'enquête, 75 % des femmes et 52 % des hommes étaient mariés. De plus, 3 % des femmes et 1 % des hommes étaient en rupture d'union (divorce, séparation ou veuvage). Par contre, la proportion de célibataires est plus élevée chez les hommes (47 %) que chez les femmes (21 %).

Au Mali, près de trois personnes sur quatre (73 % des femmes et 71 % des hommes) vivent en milieu rural. Plus d'une femme sur quatre (27 %) et près d'un homme sur trois (30 %) sont en milieu urbain; 15 % des femmes et 18 % des hommes vivent à Bamako. La répartition géographique de la population reflète le poids démographique respectif de chaque région. Ainsi, les régions de Koulikoro (23 % des femmes et 25 % des hommes), de Sikasso (18 % des femmes et 18 % des hommes), de Kayes (15 % des femmes et 14 % des hommes) et de Ségou (15 % des femmes et 14 % des hommes) regroupent plus de la moitié de la population. À l'opposé, les régions de Mopti (9 % des femmes et 8 % des hommes), de Gao (2 % des

femmes et 2 % des hommes) et de Tombouctou (2 % des femmes et 2 % des hommes) sont moins peuplées.

Les résultats selon le niveau d'instruction montrent qu'un peu plus d'une femme sur deux (54 %) et un peu plus d'un homme sur trois (37 %) n'ont aucun niveau d'instruction. Par contre, 14 % des femmes et 23 % des hommes ont atteint le niveau d'instruction secondaire ou supérieur.

Le **Tableau 2** fournit aussi l'état de santé autodéclaré par les enquêtés : 81 % des femmes et 90 % des hommes considèrent leur santé comme étant très bonne ou bonne.

3.3 FÉCONDITÉ

L'estimation du niveau de la fécondité est obtenue directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances. Les indicateurs sont calculés pour la période de 3 ans précédant l'enquête. Cette période de 3 années a été retenue comme compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et réduire les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarés par la mère. La fécondité est mesurée par les taux de fécondités par groupe d'âges quinquennaux et par cumul, c'est-à-dire l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF).

Indice synthétique de fécondité

Nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme en fin de vie reproductive si elle avait des enfants aux taux de fécondité actuels par âge. Les taux de fécondité spécifiques par âge sont calculés pour la période des 3 années qui précèdent l'enquête, basés sur l'historique des naissances fourni par les femmes.

Échantillon : Femmes de 15–49 ans

Le **Tableau 3** présente l'Indice Synthétique de fécondité (ISF) et les taux de fécondité spécifiques par groupe d'âges quinquennaux des femmes pour les 3 années ayant précédé l'enquête. Si les conditions de fécondité demeuraient inchangées, une femme au Mali aurait en moyenne 6,0 enfants au cours de sa vie.

La fécondité est faible parmi les adolescentes (137 naissances pour 1 000 femmes de 15–19 ans), atteint un maximum de 278 naissances pour 1 000 parmi les femmes de 25–29 ans, puis diminue au-delà de cet âge.

Tableau 3 Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux Brut de Natalité (TBN) pour la période des 3 années ayant précédé l'enquête par milieu de résidence, EDSM-VII Mali 2023–2024

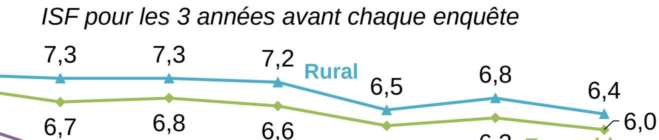
	Milieu de résidence				
Groupe d'âges	Bamako	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
10–14	[1]	[3]	[2]	[4]	[3]
15–19	71	110	87	161	137
20–24	212	218	215	295	273
25–29	239	251	244	290	278
30–34	196	234	213	241	234
35–39	162	149	156	192	184
40–44	77	56	67	87	82
45–49	[18]	[22]	[20]	[21]	[21]
ISF (15–49)	4,9	5,2	5,0	6,4	6,0
TGFG	157	174	164	223	207
TBN	38,3	39,4	38,8	42,9	42,0

Notes : Les taux sont exprimés pour 1 000 femmes. Les taux entre crochets sont tronqués. Les taux correspondent à la période de 1–36 mois précédant l'enquête. Les taux pour le groupe d'âges 10–14 ans sont basés sur des données rétrospectives provenant des femmes âgées de 15–17 ans.
ISF : Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme.
TGFG : Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes de 15–44 ans.
TBN : Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus.

Tendances : Dans l'ensemble, l'ISF a connu une baisse passant de 7,1 en 1987 à 6,8 en 2001 puis à 6,0 enfants par femmes en 2023–2024 (**Graphique 1**). Toutefois, on note des fluctuations au fil des années. Ainsi, l'ISF a légèrement augmenté entre l'EDSM-II de 1995–1996 et l'EDSM-III de 2001, passant respectivement de 6,7 à 6,8. Par contre, l'ISF a baissé entre l'EDSM-III de 2001 et l'EDSM-V de 2012–2013, passant de 6,8 enfants par femme en 2001 à 6,1 enfants par femme en 2012–2013 puis une légère augmentation entre 2012–2013 et 2018. Enfin, l'ISF est passé de 6,3 enfants par femmes à l'EDSM-VI (2018) à 6,0 enfants par femme à l'EDSM-VII (2023–2024).

Graphique 1 Tendances de la fécondité par milieu de résidence

ISF pour les 3 années avant chaque enquête



Les mêmes tendances sont observées quel que soit le milieu de résidence. Toutefois l'ISF est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain quelle que soit l'année de l'enquête.

3.4 FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES

Grossesse chez les adolescentes
Pourcentage de femmes de 15–19 ans qui ont déjà été enceintes.
Échantillon : Femmes de 15–19 ans

Le **Tableau 4** présente la fécondité des adolescentes. Les adolescentes étant les jeunes femmes âgées de 15–19 ans, constituent un groupe à risque en matière de fécondité. Pour cette raison, le niveau de leur fécondité occupe une place importante dans l'élaboration des politiques et la mise en œuvre des stratégies et des programmes de la santé de la reproduction.

Les résultats montrent dans l'ensemble que :

- 28 % des femmes de 15–19 ans ont déjà été enceintes ;
- 22 % des femmes ont déjà eu une naissance vivante ;
- 3 % des femmes ont déjà eu une grossesse improductive ;
- 8 % des femmes sont actuellement enceintes.

Tableau 4 Fécondité des adolescentes

Pourcentage de femmes de 15–19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante, pourcentage ayant déjà eu une grossesse improductive, pourcentage qui sont actuellement enceintes et pourcentage ayant déjà été enceintes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VII Mali 2023–2024

	Pourcentage de femmes de 15–19 ans qui :				
Caractéristique sociodémographique	Ont déjà eu une naissance vivante	Ont déjà eu une grossesse improductive[1]	Sont actuellement enceintes	Ont déjà été enceintes	Effectif de femmes
Âge					
15	1,7	0,3	2,4	4,3	755
16	8,7	1,3	4,7	13,0	837
17	18,6	3,2	8,4	26,6	732
18	34,3	5,0	10,1	42,6	850
19	46,8	6,8	12,5	53,9	688
Milieu de résidence					
Bamako	10,7	1,9	3,7	13,9	743
Autres villes	17,9	2,6	4,7	21,9	539
Ensemble urbain	13,7	2,2	4,1	17,3	1 281
Rural	25,5	3,8	9,2	32,9	2 581
Région[2]					
Kayes	31,0	4,1	9,7	37,6	656
Koulikoro	22,2	4,1	8,1	28,9	913
Sikasso	24,3	2,8	10,9	32,6	634
Ségou	19,7	3,2	6,0	25,7	454
Mopti	20,9	3,0	6,4	26,5	280
Tombouctou	23,1	3,4	6,3	27,2	70
Gao	27,6	3,5	5,6	34,5	111
Kidal	†	†	†	†	1
Bamako	10,7	1,9	3,7	13,9	743
Niveau d'instruction					
Aucun	29,9	5,1	10,7	38,2	1 354
Primaire	24,3	3,2	7,4	30,7	842
Secondaire ou plus	13,5	1,8	5,0	17,7	1 666
Quintiles de bien-être économique					
Le plus bas	28,8	5,4	15,0	43,1	474
Second	32,5	4,8	12,6	40,8	569
Moyen	29,0	3,9	9,1	34,8	719
Quatrième	21,0	2,7	5,4	26,2	880
Le plus élevé	9,8	1,7	2,8	12,5	1 220
Ensemble	21,6	3,3	7,5	27,7	3 862

[1] Grossesse n'ayant pas abouti à la naissance d'un enfant vivant. Inclut les mort-nés, les fausses-couches ou les avortements.
[2] † : Les données de la région de Kidal ne sont pas représentatives de toute région ; elles sont prises en compte dans l'ensemble des résultats et contribuent à l'estimation des indicateurs au niveau national mais elles ne sont pas présentées séparément.

3.5 PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

Désir d'avoir un autre enfant

On a demandé aux femmes si elles souhaitaient plus d'enfants et, si oui, combien de temps elles voulaient attendre avant la naissance du prochain enfant. On considère que les femmes qui sont stérilisées ne veulent plus d'enfants.

Échantillon : les femmes de 15–49 ans actuellement en union

Le **Tableau 5** présente les préférences en matière de fécondité parmi les femmes de 15–49 ans actuellement en union par nombre d'enfants vivants.

- 28 % des femmes souhaitent un enfant bientôt (dans les 2 prochaines années) et 46 % veulent avoir un autre enfant plus tard (espacer la prochaine naissance de 2 ans ou plus,) et 2 % veulent en avoir un autre mais ne savent pas quand ;
- 19 % des femmes ne veulent plus d'enfants.

Tableau 5 Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes de 15–49 ans, actuellement en union, par désir d'enfants, selon le nombre d'enfants vivants, EDSM-VII Mali 2023–2024

	Nombre d'enfants vivants[1]							
Désir d'enfants	0	1	2	3	4	5	6+	Ensemble
Veut un autre bientôt[2]	79,9	37,4	32,0	25,2	24,9	17,0	10,7	27,5
Veut un autre plus tard[3]	8,8	55,7	60,1	60,2	51,0	44,8	25,4	45,5
Veut un autre, NSP quand	5,1	3,4	2,6	2,0	2,1	1,5	1,1	2,3
Indécise	0,9	0,8	0,9	1,2	2,5	3,9	4,2	2,2
Ne veut plus d'enfant	2,0	1,3	3,3	9,2	16,8	29,8	51,8	19,4
Stérilisé[4]	0,2	0,4	0,2	0,4	0,9	0,8	1,8	0,8
S'est déclarée stérile	3,2	1,0	0,9	1,7	1,9	2,3	4,9	2,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	877	1 939	2 091	2 037	1 828	1 604	2 860	13 237

[1] Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle de la femme.
[2] Veut une autre naissance dans les 2 ans.
[3] Veut espacer la prochaine naissance de 2 ans ou plus.
[4] Y compris la stérilisation féminine et masculine.

3.6 PLANIFICATION FAMILIALE

3.6.1 Utilisation contraceptive

L'utilisation de la contraception permet d'éviter les grossesses non désirées ou non planifiées et prévient des grossesses à risque. La contraception contribue également à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Au cours de l'EDSM-VII, des questions relatives aux différents volets concernant la planification familiale ont été posées. Il a été demandé à toutes les femmes qui n'étaient pas enceintes si elles utilisaient une méthode pour éviter de tomber enceinte. Les réponses à cette question ont permis de mesurer la prévalence contraceptive actuelle. Cet indicateur correspond à la proportion de femmes utilisant une méthode de contraception au moment de l'enquête.

Il ressort des résultats présentés dans le **Tableau 6** que l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes de 15–49 ans en union n'est pas très élevée : 22 % ont déclaré utiliser une méthode contraceptive quelconque au moment de l'enquête et la plupart d'entre elles, utilisaient une méthode moderne (21 % contre 1% pour les méthodes traditionnelles). Parmi les méthodes modernes les plus fréquemment utilisées figurent les implants (11 %) et les injectables (5 %).

Prévalence contraceptive

Pourcentage de femmes qui utilisent une méthode contraceptive.

Échantillon : Femmes de 15–49 ans actuellement en union et femmes de 15–49 ans non en union sexuellement actives

Méthodes modernes

Incluent la stérilisation féminine et masculine, les injectables, les dispositifs intra-utérins (DIU), les pilules contraceptives, les implants, les condoms féminins et masculins, la contraception d'urgence, la méthode des Jours fixes (MJF), et la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

Le **Tableau 6** présente l'utilisation contraceptive parmi les femmes actuellement en union et parmi les femmes non en union, sexuellement actives.

L'utilisation de la contraception moderne varie selon toutes les caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 6 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes de 15–49 ans actuellement en union et des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VII Mali 2023–2024

			Une méthode moderne													Une méthode traditionnelle					
Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	Stérilisation féminine	Stérilisation masculin	DIU	Injectables	Implants	Pilule	Condom masculin	Condom féminin	Contraception d'urgence	MJF	MAMA	Autre	Une méthode traditionnelle	Rythme	Retrait	Autre	N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																					
Nombre d'enfants vivants																					
0	2,2	2,1	0,1	0,0	0,0	0,7	0,9	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	97,8	100,0	1 165
1–2	20,7	19,2	0,3	0,0	0,4	4,8	11,3	1,8	0,2	0,0	0,0	0,1	0,4	0,0	1,4	0,6	0,1	0,8	79,3	100,0	4 042
3–4	24,9	23,4	0,6	0,0	1,0	5,9	12,2	3,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,5	0,0	1,5	0,7	0,2	0,6	75,1	100,0	3 796
5+	26,6	25,4	1,6	0,0	1,6	6,1	12,2	3,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,5	0,0	1,3	0,3	0,1	0,9	73,4	100,0	4 234
Groupe d'âges																					
15–19	11,2	10,3	0,0	0,0	0,0	2,6	6,4	0,6	0,1	0,0	0,0	0,2	0,4	0,0	0,9	0,4	0,0	0,5	88,8	100,0	1 241
20–24	22,0	20,4	0,0	0,0	0,2	6,0	11,8	1,9	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	1,6	0,5	0,2	0,9	78,0	100,0	2 592
25–29	22,1	21,0	0,0	0,0	0,4	5,8	11,6	2,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,6	0,0	1,1	0,6	0,0	0,5	77,9	100,0	2 677
30–34	25,7	24,2	0,5	0,0	1,0	6,1	13,1	2,8	0,1	0,0	0,0	0,2	0,4	0,0	1,5	0,7	0,0	0,7	74,3	100,0	2 243
35–39	26,7	25,5	1,5	0,0	1,3	5,7	11,5	4,4	0,0	0,1	0,2	0,1	0,7	0,0	1,2	0,4	0,1	0,6	73,3	100,0	1 935
40–44	24,9	23,5	2,3	0,0	1,9	5,2	10,8	2,5	0,4	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	1,4	0,3	0,3	0,8	75,1	100,0	1 472
45–49	16,3	15,1	2,7	0,0	2,3	1,4	7,1	1,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	1,2	0,4	0,0	0,8	83,7	100,0	1 077
Milieu de résidence																					
Bamako	32,7	29,9	1,0	0,0	2,4	5,0	14,2	5,1	0,6	0,0	0,2	0,1	1,3	0,0	2,8	1,4	0,5	0,9	67,3	100,0	1 553
Autres villes	26,7	25,7	0,6	0,0	1,1	6,2	12,7	4,8	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	1,0	0,4	0,2	0,5	73,3	100,0	1 339
Ensemble urbain	29,9	28,0	0,8	0,0	1,8	5,5	13,5	4,9	0,4	0,0	0,1	0,1	0,8	0,0	2,0	0,9	0,3	0,7	70,1	100,0	2 892
Rural	20,0	18,9	0,8	0,0	0,6	5,0	10,2	1,7	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0	1,1	0,4	0,0	0,7	80,0	100,0	10 345
Région[1]																					
Kayes	20,1	18,7	0,4	0,0	0,7	5,0	10,1	1,3	0,1	0,1	0,0	0,3	0,8	0,0	1,3	0,8	0,2	0,4	79,9	100,0	2 094
Koulikoro	24,6	23,5	0,5	0,0	0,9	5,8	13,5	2,4	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	1,1	0,5	0,0	0,6	75,4	100,0	3 130
Sikasso	22,0	20,4	1,1	0,0	0,8	5,4	11,4	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	1,6	0,3	0,0	1,3	78,0	100,0	2 558
Ségou	23,5	22,6	1,4	0,0	0,6	6,2	10,6	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,1	0,9	0,2	0,0	0,8	76,5	100,0	2 109
Mopti	12,5	12,1	0,4	0,0	0,4	3,4	5,9	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,1	0,3	87,5	100,0	1 230
Tombouctou	7,7	7,1	0,0	0,0	0,2	1,7	2,5	1,8	0,1	0,0	0,3	0,1	0,6	0,0	0,6	0,3	0,2	0,0	92,3	100,0	199
Gao	2,9	2,7	0,0	0,0	0,1	1,0	0,7	0,6	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	97,1	100,0	360
Kidal	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	100,0	5
Bamako	32,7	29,9	1,0	0,0	2,4	5,0	14,2	5,1	0,6	0,0	0,2	0,1	1,3	0,0	2,8	1,4	0,5	0,9	67,3	100,0	1 553
Niveau d'instruction																					
Aucun	18,3	17,3	0,9	0,0	0,7	4,2	9,1	1,8	0,1	0,0	0,0	0,1	0,4	0,0	1,1	0,3	0,1	0,7	81,7	100,0	8 200
Primaire	25,0	23,8	0,6	0,0	0,5	6,8	12,5	2,4	0,1	0,0	0,0	0,2	0,6	0,0	1,2	0,5	0,1	0,6	75,0	100,0	2 167
Secondaire ou plus	31,0	28,9	0,5	0,0	1,8	6,5	15,0	4,0	0,3	0,0	0,2	0,2	0,4	0,1	2,1	1,2	0,3	0,5	69,0	100,0	2 870

À suivre…

Tableau 6—*Suite*

Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	Une méthode moderne												Une méthode traditionnelle				N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes
			Stérilisation féminine	Stérilisation masculin	DIU	Injectables	Implants	Pilule	Condom masculin	Condom féminin	Contraception d'urgence	MJF	MAMA	Autre	Une méthode traditionnelle	Rythme	Retrait	Autre			
Quintiles de bien-être économique																					
Le plus bas	17,9	17,0	1,0	0,0	0,6	4,8	9,9	0,5	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,9	0,1	0,0	0,7	82,1	100,0	2 720
Second	18,4	17,5	0,9	0,0	0,3	5,0	9,5	0,9	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7	0,0	0,9	0,4	0,0	0,5	81,6	100,0	2 745
Moyen	19,8	18,6	0,7	0,0	0,4	4,9	10,2	1,9	0,1	0,0	0,0	0,1	0,4	0,0	1,2	0,4	0,0	0,8	80,2	100,0	2 692
Quatrième	26,0	24,3	0,6	0,0	1,1	5,8	11,7	4,2	0,3	0,0	0,0	0,1	0,4	0,1	1,7	0,8	0,1	0,8	74,0	100,0	2 642
Le plus élevé	29,6	27,8	0,7	0,0	2,3	5,2	13,8	4,8	0,2	0,0	0,2	0,1	0,5	0,0	1,8	0,9	0,3	0,6	70,4	100,0	2 438
Ensemble	22,2	20,9	0,8	0,0	0,9	5,1	10,9	2,4	0,1	0,0	0,0	0,1	0,4	0,0	1,3	0,5	0,1	0,7	77,8	100,0	13 237
FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES[2]																					
Milieu de résidence																					
Bamako	45,3	41,5	0,0	0,0	3,4	5,4	24,0	3,2	4,6	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	3,8	2,6	1,2	0,0	54,7	100,0	87
Autres villes	40,1	37,5	0,0	0,0	0,0	8,0	22,3	4,8	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	0,9	0,0	1,7	59,9	100,0	57
Ensemble urbain	43,3	39,9	0,0	0,0	2,0	6,4	23,3	3,8	3,7	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	3,3	1,9	0,8	0,7	56,7	100,0	144
Rural	39,2	36,1	0,4	0,4	0,0	7,2	23,9	0,5	2,1	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	3,1	2,2	0,0	0,9	60,8	100,0	243
Ensemble	40,7	37,6	0,3	0,2	0,8	6,9	23,7	1,7	2,7	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	3,2	2,1	0,3	0,8	59,3	100,0	387

Note : Si plus d'une méthode a été utilisée, seule la méthode la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.
MJF = Méthode des Jours Fixes
MAMA = Méthode de l'Aménorrhée et de l'Allaitement Maternel
[1] † : Les données de la région de Kidal ne sont pas représentatives de toute région ; elles sont prises en compte dans l'ensemble des résultats et contribuent à l'estimation des indicateurs au niveau national mais elles ne sont pas présentées séparément.
[2] Concerne les femmes qui ont eu des rapports sexuels dans les 30 jours précédant l'interview.

- Par rapport au nombre d'enfants vivants, on constate que la prévalence contraceptive moderne est très faible (2 %) parmi les femmes n'ayant aucun enfant, la prévalence est environ douze fois plus élevée chez les femmes qui ont au moins 5 enfants (25 %) ;

- La prévalence contraceptive moderne augmente avec l'âge, passant de 10 % chez celles de 15–19 ans à 26 % parmi celles de 35–39 ans puis diminue pour atteindre 24 % chez les femmes de 40–44 ans et 15 % chez celles de 45–49 ans ;

- La prévalence contraceptive moderne est plus élevée en milieu urbain (30 % à Bamako et 26 % dans les autres villes) qu'en milieu rural (19 %). En milieu urbain, 14 % des femmes utilisent les implants, 6 % les injectables et 5 % la pilule ;

- Le niveau d'instruction des femmes constitue un autre facteur différentiel important. La prévalence contraceptive moderne augmente avec le niveau d'instruction, variant de 17 % parmi les femmes n'ayant aucun niveau à 24 % parmi celles ayant le niveau primaire et à 29 % parmi celles ayant le niveau secondaire ou supérieur ;

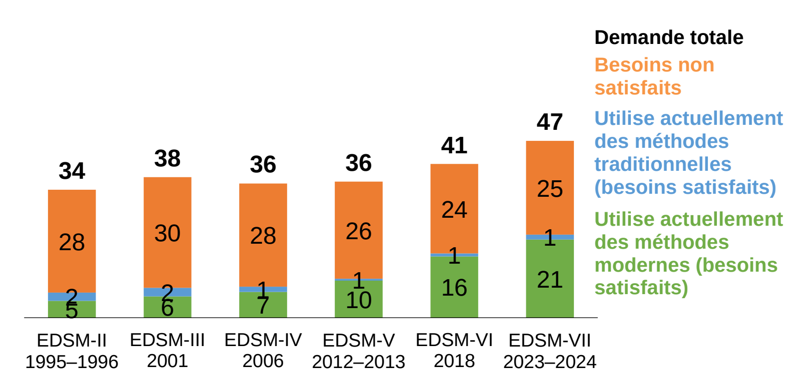
- En ce qui concerne le bien-être économique, on constate que les pourcentages les plus faibles de femmes utilisatrices de méthodes modernes concernent les premier (17 %) et second quintiles (18 %) tandis que le pourcentage le plus élevé (28 %) correspond aux femmes du cinquième quintile.

On constate que l'utilisation d'une méthode contraceptive est plus élevée chez les femmes qui ne sont pas en union mais sexuellement actives que chez les femmes en union (41 % contre 22 %). Comme les femmes actuellement en union, la plupart utilise une méthode moderne (38 % contre 3 % pour les méthodes traditionnelles). Les types de méthodes les plus fréquemment utilisés par les femmes non en union sont les implants (24 %) et les injectables (7 %).

Tendance : L'utilisation contraceptive a tendance à augmenter depuis l'EDSM VI 2018. En effet, entre les deux enquêtes, la prévalence de l'utilisation de méthodes contraceptives modernes est passée de 16 % en 2018 à 21 % en 2023 (**Graphique 2**).

Graphique 2 **Tendances de l'utilisation contraceptive, des besoins et de la demande en matière de planification familiale**

Pourcentage de femmes de 15–49 ans actuellement en union



3.6.2 Besoins et demande en planification familiale

La demande potentielle en matière de contraception et l'identification des femmes qui ont des besoins élevés en services de planification familiale constituent des problèmes importants de tout programme de planification familiale. Les femmes fécondes qui n'utilisent pas la contraception, mais qui souhaitent espacer leur prochaine naissance (espacement) ou qui ne veulent plus d'enfant (limitation) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Pourcentage de femmes qui (1) ne sont ni enceintes, ni en aménorrhée post-partum, qui sont considérées comme étant fécondes et qui veulent retarder la venue d'un prochain enfant de 2 années ou plus ou qui ne veulent plus d'enfant mais qui n'utilisent pas de méthode contraceptive, ou (2) dont la grossesse actuelle a été mal planifiée ou non souhaitée, ou (3) qui sont en aménorrhée post-partum et dont la dernière naissance des 2 dernières années était mal planifiée ou non désirée.

Besoins satisfaits en matière de planification familiale

Utilisation contraceptive actuelle (Une méthode)

Échantillon : Femmes de 15–49 ans actuellement en union et femmes de 15–49 ans non en union sexuellement actives

Demande en planification familiale : Besoins non satisfaits en matière de planification familiale + besoins satisfaits (utilisation actuelle d'une méthode de contraception)

Proportion de demande satisfaite :

$$\frac{\text{Utilisation contraceptive actuelle (une méthode)}}{\text{Besoins non satisfaits + utilisation contraceptive actuelle (une méthode)}}$$

Proportion de demande satisfaite par les méthode modernes :

$$\frac{\text{Utilisation contraceptive actuelle (une méthode moderne)}}{\text{Besoins non satisfaits + utilisation contraceptive actuelle (une méthode)}}$$

Au Mali, 25 % des femmes actuellement en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Les besoins satisfaits en matière de planification familiale représentent 22 % (c'est-à-dire la proportion de femmes en union qui utilisaient, au moment de l'enquête, la contraception). Globalement, la demande totale en planification familiale s'élève à 47 %. Cette demande est satisfaite dans 47 % des cas, et dans 44 % des cas, par les seules méthodes modernes (**Tableau 7**).

Dans l'ensemble, le pourcentage de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est plus élevé chez les femmes de 35–39 ans et 40–44 ans (29 %) et plus faible chez les femmes de 15–19 ans et 45–49 ans (21 %). Les besoins non satisfaits sont plus élevés en milieu rural (26 % contre 21 % en milieu urbain), chez les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction (27 %) et chez les femmes dont le ménage est classé dans le quintile de bien-être économique le plus bas (27 %).

Dans les régions, le pourcentage de femmes actuellement en union dont les besoins en planification familiale ne sont pas satisfaits varie d'un maximum de 30% dans la région de Ségou à un minimum de 18 % dans celle de Tombouctou.

En ce qui concerne les femmes non en union, sexuellement actives, le **Tableau 7** révèle que 49 % d'entre elles ont des besoins non satisfaits et que 41 % utilisent une méthode quelconque de contraception. La demande totale en planification familiale dans ce groupe (90 %) est donc nettement plus élevée que pour les femmes en union. Par contre, le pourcentage de demande satisfaite est presque similaire à celui observé chez les femmes en union (46 % contre 47 %).

Tableau 7 Besoins et demande en matière de planification familiale parmi les femmes actuellement en union et parmi les femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives

Pourcentage de femmes de 15–49 ans, actuellement en union et de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale; pourcentage ayant des besoins satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage ayant des besoins satisfaits par des méthodes modernes; pourcentage de demande en planification familiale; pourcentage de demande en planification familiale satisfaite et pourcentage de demande en planification familiale satisfaite par des méthodes modernes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VII Mali 2023–2024

Caractéristique sociodémographique	Besoins non satisfaits en planification familiale	Besoins satisfaits en planification familiale (utilisation actuelle)		Demande totale en planification familiale[3]	Effectif de femmes	Pourcentage de demande satisfaite[1]	
		Toutes méthodes	Méthodes modernes[2]			Toutes méthodes	Méthodes modernes[2]
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION							
Groupe d'âges							
15–19	21,0	11,2	10,3	32,2	1 241	34,7	31,9
20–24	24,3	22,0	20,4	46,3	2 592	47,5	44,0
25–29	25,2	22,1	21,0	47,3	2 677	46,6	44,4
30–34	23,7	25,7	24,2	49,4	2 243	52,0	49,1
35–39	29,2	26,7	25,5	56,0	1 935	47,8	45,6
40–44	29,3	24,9	23,5	54,2	1 472	45,9	43,3
45–49	20,9	16,3	15,1	37,3	1 077	43,8	40,6
Milieu de résidence							
Bamako	20,9	32,7	29,9	53,5	1 553	61,0	55,9
Autres villes	21,8	26,7	25,7	48,5	1 339	55,1	53,0
Ensemble urbain	21,3	29,9	28,0	51,2	2 892	58,4	54,6
Rural	26,2	20,0	18,9	46,2	10 345	43,3	40,9
Région[4]							
Kayes	24,0	20,1	18,7	44,1	2 094	45,5	42,5
Koulikoro	24,7	24,6	23,5	49,3	3 130	49,9	47,6
Sikasso	23,6	22,0	20,4	45,7	2 558	48,3	44,8
Ségou	29,6	23,5	22,6	53,1	2 109	44,2	42,5
Mopti	27,8	12,5	12,1	40,2	1 230	31,0	30,2
Tombouctou	18,2	7,7	7,1	25,9	199	29,8	27,6
Gao	31,8	2,9	2,7	34,7	360	8,3	7,6
Kidal	†	†	†	†	5	†	
Bamako	20,9	32,7	29,9	53,5	1 553	61,0	55,9
Niveau d'instruction							
Aucun	26,9	18,3	17,3	45,2	8 200	40,6	38,2
Primaire	24,4	25,0	23,8	49,4	2 167	50,6	48,2
Secondaire ou plus	20,5	31,0	28,9	51,5	2 870	60,2	56,2
Quintiles de bien-être économique							
Le plus bas	27,4	17,9	17,0	45,3	2 720	39,5	37,5
Second	25,5	18,4	17,5	43,9	2 745	42,0	39,9
Moyen	25,0	19,8	18,6	44,9	2 692	44,2	41,5
Quatrième	24,8	26,0	24,3	50,7	2 642	51,2	47,8
Le plus élevé	22,5	29,6	27,8	52,1	2 438	56,9	53,4
Ensemble	25,1	22,2	20,9	47,3	13 237	46,9	44,2
FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES[5]							
Milieu de résidence							
Bamako	49,2	45,3	41,5	94,5	87	48,0	43,9
Autres villes	47,0	40,1	37,5	87,1	57	46,0	43,1
Ensemble urbain	48,3	43,3	39,9	91,6	144	47,3	43,6
Rural	49,1	39,2	36,1	88,3	243	44,4	40,9
Ensemble	48,8	40,7	37,6	89,5	387	45,5	41,9

Note : Les valeurs figurant dans ce tableau sont basées sur la définition révisée des besoins non satisfaits décrite dans Bradley et al., 2012.
[1] Le pourcentage de demande satisfaite équivaut aux besoins satisfaits divisé par la demande totale.
[2] Les méthodes modernes comprennent la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, le DIU, les injectables, les implants, la pilule le condom masculin, le condom féminin, la contraception d'urgence, la Méthode des Jours Fixes (MJF) et la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) et d'autres méthodes modernes.
[3] La demande totale équivaut à la somme des besoins non satisfaits et des besoins satisfaits.
[4] † : Les données de la région de Kidal ne sont pas représentatives de toute région ; elles sont prises en compte dans l'ensemble des résultats et contribuent à l'estimation des indicateurs au niveau national mais elles ne sont pas présentées séparément
[5] Concerne les femmes qui ont eu des rapports sexuels dans les 30 jours ayant précédé l'interview.

Tendance : Le pourcentage de femmes actuellement en union ayant des besoins non satisfaits en planification familiale varie d'une enquête à l'autre, passant de 30 % en 2001 à 24 % en 2018 puis à 25 % en 2023–2024 (**Graphique 2**). Dans la même période, le pourcentage de la demande satisfaite par des méthodes modernes tend globalement à augmenter, passant de 27 % en 2012–2013 à 44 % à l'enquête actuelle.

3.7 MORTALITÉ DES ENFANTS

Mortalité néonatale : Probabilité de décéder avant d'atteindre un mois.

Mortalité post néonatale : Probabilité de décéder entre le premier mois et le premier anniversaire (calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale).

Mortalité infantile : Probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire.

Mortalité juvénile : Probabilité de décéder entre le premier et le cinquième anniversaire.

Mortalité infanto-juvénile : Probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire.

Le **Tableau 8** présente les estimations pour trois périodes successives de 5 ans ayant précédé l'EDSM-VII (période 2018–2023). Les taux sont estimés directement à partir des informations collectées dans l'historique des grossesses sur la date de naissance des enfants, l'état de survie et l'âge au décès pour les enfants décédés.

Pour la période des 5 dernières années avant l'EDSM-VII (période 2018–2023), le risque de mortalité infantile est estimé à 52 décès pour 1 000 naissances vivantes et le risque de mortalité juvénile à 37 ‰.

Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 29 ‰ pour la mortalité néonatale et à 22 ‰ pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans, est de 87 ‰.

Tableau 8 Quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de 5 ans ayant précédé l'enquête, EDSM-VII Mali 2023–2024

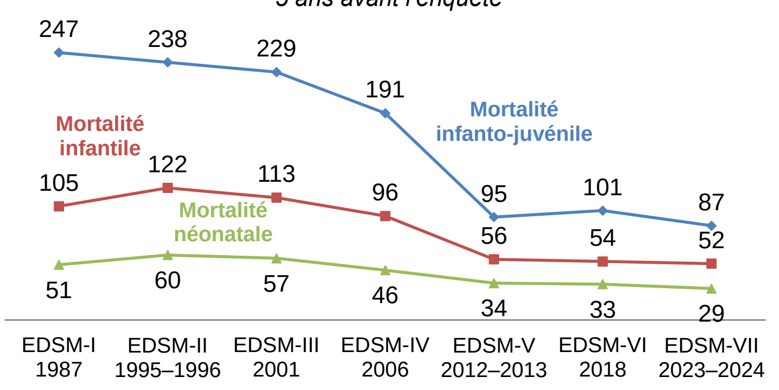
Nombre d'années précédant l'enquête	Période	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)[1]	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
0–4	2020–2024	29	22	52	37	87
5–9	2015–2019	38	23	61	52	111
10–14	2010–2014	37	28	65	72	132

[1] Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.

Tendance : Le **Graphique 3** présente les tendances des quotients de mortalité infantile et infanto-juvénile depuis la première édition de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSM-I 1987). Globalement, on observe une tendance à la baisse des risques de décès des enfants avant 5 ans. Il faut cependant noter que les niveaux de cette baisse semblent avoir été sous-estimés lors de l'EDSM-V de 2012–2013. Toutefois, les taux de mortalité infantile et néonatale ont subi une baisse continue jusqu'en 2023–2024.

Graphique 3 **Tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans**

Décès pour 1 000 naissances vivantes par période de 5 ans avant l'enquête



3.8 SOINS DE SANTÉ REPRODUCTIVE

Des soins appropriés pendant la grossesse et l'accouchement sont importants pour la santé de la mère et de son enfant. Au cours de l'EDSM-VII, un certain nombre de questions sur les soins prénatals et sur la santé de l'enfant ont été posées à toutes les mères ayant eu une naissance et/ou un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête. Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance a eu lieu au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale, qui elles avaient consulté et si elles avaient été vaccinées contre le tétanos. En outre, pour toutes leurs naissances ayant eu lieu au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, on a aussi demandé aux mères d'indiquer où elles avaient accouché et quelles personnes les avaient assistées pendant l'accouchement.

3.8.1 Soins prénatals

Soins prénatals par un prestataire qualifié

Soins reçus durant la grossesse dispensés par des prestataires qualifiés, comme les médecins, les infirmières/sage-femmes, infirmières obstétriciennes.

Échantillon : Toutes les femmes de 15–49 ans qui ont eu une naissance vivante ou un mort-né dans les 2 années ayant précédé l'enquête.

Les soins prénatals dispensés par un prestataire qualifié sont importants pour surveiller le déroulement de la grossesse et réduire les risques de morbidité et de mortalité pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et durant la période postnatale.

Pour être efficace, les soins prénatals doivent débuter à un stade précoce de la grossesse et se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande au moins quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse, la première devant avoir lieu avant le troisième mois de la grossesse.

L'analyse du **Tableau 9** montre que parmi les femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, près de sept sur dix (69 %) ont reçu des soins prénatals dispensés par un prestataire de santé qualifié. Un peu plus de la moitié des femmes (51 %) ont effectué, les quatre visites ou plus recommandées par l'OMS.

Plus de huit femmes sur dix (85 %) ont déclaré avoir pris des suppléments contenant du fer pendant leur grossesse au cours des 2 années ayant précédé l'enquête.

Les résultats selon les régions mettent en évidence un écart entre Bamako où globalement la situation est meilleure et le reste du pays. Ainsi, à Bamako, plus de neuf femmes sur dix (98 %) ont reçu des soins prénatals dispensés par un prestataire de santé qualifié et huit femmes sur dix (80 %) ont effectué quatre visites prénatales ou plus. Dans les autres régions, le pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire de santé qualifié varie d'un minimum de 15 % dans la région de Taoudenni à un maximum de 83 % dans celle de Mopti. Quant au nombre de visites prénatales, il est le plus élevé à 62 % à Koulikoro.

Le pourcentage de femmes ayant eu des soins prénatals d'un prestataire de santé qualifié augmente avec le niveau d'instruction, passant de 61 % chez les femmes n'ayant aucun niveau à 86 % chez celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus. Comme le niveau d'instruction, le pourcentage de femmes ayant eu des soins prénatals d'un prestataire de santé qualifié augmente avec le quintile du bien-être économique, passant de 44 % chez les femmes des ménages du quintile le plus bas à 97 % chez celles des ménages du quintile le plus élevé.

Tableau 9 Indicateurs des soins de santé maternelle

Parmi les femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante et/ou un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals par un prestataire de santé qualifié pour la naissance vivante la plus récente ou l'enfant mort/né, pourcentage ayant effectué quatre visites prénatales ou plus pour la naissance vivante la plus récente ou l'enfant mort-né, pourcentage ayant pris des suppléments contenant du fer pendant la grossesse de la naissance vivante la plus récente ou d'un mort-né, et pourcentage dont la naissance vivante la plus récente a été protégée contre le tétanos néonatal; parmi toutes les naissances vivantes et tous les mort-nés ayant eu lieu au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant été assisté par un prestataire de santé qualifié et pourcentage dont l'accouchement a eu lieu dans un établissement de santé; parmi les femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante ou un mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins postnatals dans les 2 jours après la naissance, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VII Mali 2023–2024

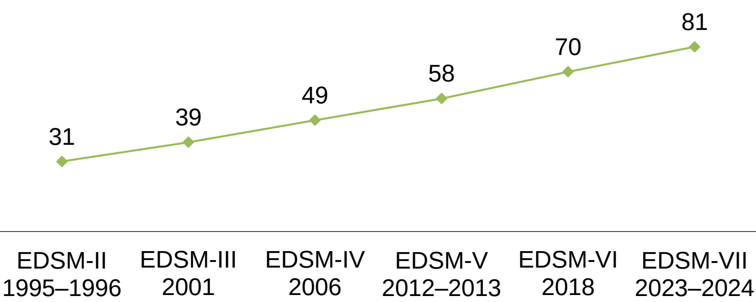
	Femmes ayant eu une naissance vivante et/ou un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête					Naissances vivantes et mort-nés ayant eu lieu au cours des 2 années ayant précédé l'enquête			Femmes ayant eu une naissance vivante et/ou un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu des soins prénatals par un prestataire de santé qualifié[1]	Pourcentage ayant effectué quatre visites prénatales ou plus	Pourcentage ayant pris des suppléments contenant du fer pendant la grossesse[2]	Pourcentage dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal[3]	Effectif de femmes	Pourcentage dont l'accouchement a été assisté par un prestataire de santé qualifié[1]	Pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé dans un établissement de santé	Effectif de naissances	Pourcentage ayant reçu des soins postnatals dans les 2 jours après la naissance[4]	Effectif de femmes
NAISSANCES VIVANTES										
Âge de la mère à la naissance										
<20	71,0	50,5	86,6	41,4	972	70,4	84,1	1 011	67,8	972
20–34	69,7	52,3	85,8	50,2	4 213	65,5	80,7	4 402	69,9	4 213
35–49	65,7	47,4	80,8	50,5	963	60,8	77,2	1 000	66,9	963
Milieu de résidence										
Bamako	97,7	79,8	96,7	66,2	724	97,0	97,3	751	89,6	724
Autres villes	86,1	59,8	92,1	50,7	602	87,1	94,0	630	81,0	602
Ensemble urbain	92,4	70,7	94,6	59,2	1 326	92,5	95,8	1 381	85,7	1 326
Rural	63,0	46,0	82,5	46,0	4 822	58,1	76,5	5 032	64,5	4 822
Région[5]										
Kayes	67,0	46,2	79,6	50,5	958	59,1	68,7	1,002	62,0	958
Koulikoro	65,3	62,3	88,6	48,9	1,466	65,3	92,2	1,527	76,9	1,466
Sikasso	53,5	40,1	83,8	42,5	1,202	57,5	85,9	1,262	65,2	1,202
Ségou	69,5	42,4	81,5	45,3	963	62,4	73,1	1,002	60,5	963
Mopti	82,9	44,2	87,9	48,6	580	62,3	63,0	608	65,4	580
Tombouctou	53,6	19,7	60,1	20,9	79	51,9	59,1	80	54,7	79
Gao	67,9	33,2	70,3	44,2	174	62,3	55,3	179	50,0	174
Kidal	†	†	†	†	3	†	†	3	†	3
Bamako	97,7	79,8	96,7	66,2	724	97,0	97,3	751	89,6	724
Niveau d'instruction de la mère										
Aucun	61,1	42,7	80,2	44,3	3 513	56,4	73,7	3 679	61,3	3 513
Primaire	72,3	52,7	87,3	51,4	1 078	67,1	84,6	1 117	73,4	1 078
Secondaire ou plus	85,8	69,7	94,7	57,4	1 558	85,1	93,9	1 617	83,7	1 558
Quintiles de bien-être économique										
Le plus bas	44,1	34,4	76,1	41,4	1 290	39,4	69,1	1 343	57,5	1 290
Second	54,1	40,6	79,0	44,3	1 253	47,1	70,8	1 309	59,2	1 253
Moyen	69,5	45,9	84,2	45,9	1 237	62,4	77,3	1 289	66,4	1 237
Quatrième	85,5	60,1	91,0	50,2	1 264	86,7	91,3	1 314	77,5	1 264
Le plus élevé	97,2	79,2	97,0	64,5	1 104	96,1	97,0	1 158	87,3	1 104
Ensemble	69,3	51,3	85,1	48,9	6 148	65,5	80,7	6 413	69,1	6 148
MORT-NÉS										
Ensemble	62,1	37,4	73,7	na	143	69,7	78,5	151	64,4	143
NAISSANCES VIVANTES ET MORT-NÉS[6]										
Ensemble	69,2	51,0	85,0	na	6 257	65,6	80,6	6 564	69,0	6 257

Notes : Si plus d'un prestataire de santé a été mentionné, seul celui ayant les qualifications les plus élevées est pris en compte dans ce tableau. Les mort-nés sont des décès fœtaux qui se sont produits après une grossesse de 28 semaines ou plus. Quand la durée de la grossesse est déclarée en mois, les mort-nés sont des décès fœtaux qui se sont produits après une grossesse de 7 mois ou plus.
na = non applicable
[1] Sont considérés comme des prestataires de santé qualifiés les médecins, infirmières obstétriciennes et sage-femmes
[2] Comprimés de fer combiné à l'acide folique/ACFOL ou du sirop contenant du fer.
[3] Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance vivante ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 3 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 5 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 10 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante.
[4] Y compris les femmes ayant reçu des soins effectués par un médecin, une sage-femme, une infirmière, une matrone, une accoucheuse traditionnelle formée, une accoucheuse traditionnelle, un agent de santé communautaire (ASC) ou un relais communautaire.
[5] † : Les données de la région de Kidal ne sont pas représentatives de toute région ; elles sont prises en compte dans l'ensemble des résultats et contribuent à l'estimation des indicateurs au niveau national mais elles ne sont pas présentées séparément
[6] Pour les femmes ayant eu une naissance vivante et un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, les données sur les soins prénatals et postnatals sont calculées sur la naissance la plus récente seulement.

Tendances : On note globalement une amélioration de la couverture en soins de santé maternelle de 2006 à 2024. Ainsi le pourcentage de femmes ayant effectué au moins les quatre visites recommandées est passée de 36 % en 2006 à 51 % en 2024. En ce qui concerne le pourcentage de naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé, il passe de 49 % en 2006 à 81 % en 2024 (**Graphique 4**).

Graphique 4 **Tendances du lieu d'accouchement**

Pourcentage de naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 2 années avant l'enquête dont l'accouchement s'est déroulé dans un établissement de santé



3.8.2 Vaccination antitétanique

Protection contre le tétanos néonatal

Le nombre d'injections antitétaniques nécessaires pour éviter que le nouveau-né contracte le tétanos dépend des vaccinations reçues par la mère. Une naissance est considérée comme protégée du tétanos néonatal si la mère a reçu l'une des combinaisons suivantes :

- Deux injections de vaccin antitétanique reçues au cours de la grossesse
- Deux injections ou plus, la dernière ayant été reçue dans les 3 années avant la naissance
- Trois injections ou plus, la dernière ayant été reçue dans les 5 années avant la naissance
- Quatre injections ou plus, la dernière ayant été reçue dans les 10 années avant la naissance
- Cinq injections ou plus à n'importe quel moment avant la naissance

Échantillon : Dernières naissances vivantes des femmes de 15–49 ans qui ont eu lieu au cours des 2 années ayant précédé l'enquête.

Les injections d'anatoxine tétanique sont effectuées pendant la grossesse pour prévenir le tétanos néonatal, une cause majeure de décès précoces d'enfants dans de nombreux pays en développement, souvent dû à un non-respect des procédures d'hygiène durant l'accouchement.

Les résultats présentés au **Tableau 9** indiquent que près de la moitié (49 %) des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal. Le pourcentage varie peu selon l'âge de la mère à la naissance de l'enfant. Les résultats selon le milieu de résidence font apparaître des écarts importants entre le milieu urbain et le milieu rural (59 % contre 46 %). Les disparités sont aussi notables selon les régions, la couverture contre le tétanos néonatal variant d'un minimum de 18 % dans la région de Taoudenni à un maximum de 66 % dans le District de Bamako. La couverture vaccinale contre le tétanos néonatal varie aussi en fonction du niveau d'instruction et du quintile de bien-être économique des femmes. D'un minimum de 44 % parmi les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction, le pourcentage de femmes dont la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal passe à 51 % pour les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et atteint un maximum de 57 % pour les femmes ayant le niveau secondaire ou plus. Pour plus de six femmes sur dix (65 %) du quintile de bien-être économique le plus élevé, la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal. Ce pourcentage n'est que 41 % dans le quintile le plus bas.

3.8.3 *Soins à l'accouchement*

Accouchements dans un établissement de santé

Accouchements qui se déroulent dans un établissement de santé.

Échantillon : Toutes les naissances vivantes et/ou les mort-nés ayant eu lieu dans les 2 années ayant précédé l'enquête.

Accouchements assistés par un prestataire de santé qualifié

Naissances dont l'accouchement s'est déroulé avec l'assistance de médecins infirmières obstétriciennes, infirmières ou sage-femmes

Échantillon : Toutes les naissances vivantes et/ou les mort-nés ayant eu lieu dans les 2 années ayant précédé l'enquête.

L'accès à des soins médicaux et à des conditions d'hygiène appropriés pendant l'accouchement peut réduire le risque de complications et d'infections qui peuvent causer le décès ou une grave maladie pour la mère et/ou le bébé (Van Lerberghe and De Brouwere 2001 ; WHO 2006a).

Parmi les femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante et/ou un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, les résultats montrent que huit naissances sur dix (81%) se sont déroulées dans un établissement de santé (**Tableau 9**). Ce pourcentage varie de 96 % en milieu urbain à 77 % en milieu rural.

La proportion de naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé diminue avec l'âge de la mère, passant de 84 % à moins de 20 ans à 77 % pour les femmes d'âge de 35–49 ans.

L'indicateur varie de manière importante entre les régions : dans le District de Bamako, la quasi-totalité des naissances s'est déroulée dans un établissement de santé (97 %). Par contre, c'est dans la région de Tombouctou (61 %) que cette proportion est la plus faible (**Tableau 9**). En outre, on constate aussi des variations selon le niveau d'instruction de la mère, de 74 % quand la mère n'a aucun niveau à 94 % quand elle a un niveau secondaire ou plus.

A l'instar du niveau d'instruction, le pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé varie aussi selon le quintile de bien-être économique, passant de 69 % dans le quintile le plus bas à 97 % dans le plus élevé.

Les résultats du **Tableau 9** montrent que 66 % des naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 2 années précédant l'enquête se sont déroulées avec l'assistance d'un prestataire de santé qualifié.

Le pourcentage d'accouchements assistés par un prestataire qualifié baisse au fur et à mesure que l'âge de la mère à la naissance augmente, passant de 70 % parmi les mères de moins de 20 ans à 61 % parmi celles de 35–49 ans. Plus de neuf naissances sur dix (93 %) en milieu urbain se sont déroulées avec l'assistance d'un prestataire de santé qualifié contre 58 % en milieu rural, soit un écart de 35 points de pourcentage.

L'analyse par région montre des disparités importantes. Si à Bamako, la quasi-totalité (97 %) des naissances se sont déroulées avec l'assistance d'un prestataire qualifié, ce pourcentage est beaucoup plus faible dans la région de Taoudenni (8 %). En outre, 85 % des naissances dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou supérieur ont bénéficié d'une assistance à l'accouchement par un prestataire qualifié contre 56 % quand la mère n'a aucun niveau d'instruction.

Le pourcentage de naissances dont l'accouchement s'est déroulé avec l'assistance d'un prestataire qualifié augmente avec le niveau de bien-être économique du ménage, passant de 39 % dans le quintile le plus bas à 96 % dans le quintile le plus élevé.

Tendances : Le **Graphique 4** présente la tendance de l'accouchement dans un établissement de santé de 1995–1996 à 2023–2024. On note globalement une amélioration du pourcentage de naissances qui se sont déroulées dans un établissement de santé durant cette période. Ce pourcentage est passé de 31 % en 1995–1996 à 81 % en 2023–2024.

3.8.4 *Soins postnatals de la mère*

Une grande partie des décès maternel et néonatals se produisent au cours des premières 48 heures qui suivent l'accouchement. Il est, par conséquent, important que des soins postnatals soient dispensés rapidement à la mère et à l'enfant pour traiter les complications éventuelles qui peuvent se produire lors de l'accouchement, ainsi que pour fournir les informations importantes concernant des pratiques pour prendre soins d'elle et de son bébé. Les programmes de maternité sans risque recommandent d'examiner l'état de santé de toutes les femmes dans les deux premiers jours qui suivent l'accouchement.

Au Mali, parmi les femmes qui ont eu une naissance dans les 2 ans précédant l'enquête, 69 % ont eu un examen postnatal au cours des deux premiers jours après la naissance (**Tableau 9**). Ce pourcentage est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural. Plus de huit femmes sur dix (86 %) du milieu urbain ont reçu des soins postnatals dans les délais recommandés contre 65 % en milieu rural.

Par ailleurs, plus de huit femmes sur dix (84 %) ayant le niveau secondaire ou supérieur ont eu un examen postnatal dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement contre environ trois femmes sur cinq (61 %) parmi celles n'ayant aucun niveau d'instruction. De même, le pourcentage de femmes ayant reçu des soins postnatals dans les délais recommandés augmente du quintile le plus bas au plus élevé, passant de 58 % à 87 %.

Les écarts entre les régions sont aussi importants. Le district de Bamako se distingue par le pourcentage le plus élevé de femmes ayant reçu des soins postnatals dans les deux premiers jours après la naissance (90 %). Au niveau des régions, le pourcentage de femmes ayant reçu des soins postnatals dans les délais recommandés varie d'un minimum de 6 % dans la région de Taoudenni à un maximum de 77 % à Koulikoro.

3.9 COUVERTURE VACCINALE

La vaccination universelle des enfants contre les maladies courantes évitables par la vaccination est essentielle pour réduire la morbidité et la mortalité infantile. Au Mali, les vaccins infantiles de routine comprennent le vaccin Bilié de Calmette et Guérin (BCG) contre la tuberculose ; l'HepB contre l'hépatite B; le vaccin polio oral (VPO) ou le vaccin de la polio inactivé (VPI) contre la poliomyélite ; le pentavalent (DTC-HepB-Hib) contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, et l'*Haemophilus influenzae* type b; le vaccin conjugué contre le pneumocoque (PCV-13) ; le vaccin contre la méningite à méningocoque A (MenA) ; le vaccin contre le rotavirus (Rota) ; et le vaccin contre le virus de la rougeole (VAR) ou le vaccin contre la rougeole/rubéole (RR) ; le vaccin contre la fièvre jaune (VAA).

Les informations sur la couverture vaccinale sont obtenues de deux manières par l'EDSM-VII : à partir des enregistrements écrits des vaccins reçus, y compris les carnets de vaccination ou les carnets de santé, et à partir de la déclaration orale de la mère.

3.9.1 *Couverture antigénique de base*

Complètement vacciné—antigènes de base

Pourcentage d'enfants de 12–23 mois qui ont reçu des vaccins spécifiques à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou la déclaration de la mère). On considère qu'un enfant a reçu tous les vaccins de base, s'il a reçu au moins :

- Une dose du vaccin BCG qui protège contre la tuberculose
- Trois doses du vaccin de la polio administré sous forme de vaccin antipoliomyélite oral (VPO), vaccin antipoliomyélite inactivé (VPI), ou une combinaison de VPO et de VPI
- Trois doses de vaccin contenant DTC-HepB-Hib qui protège contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
- Une dose de vaccin antirougeoleux administré sous la forme [rougeole, rougeole rubéole (RR) ou rougeole, oreillons et rubéole (ROR)]

Échantillon : Enfants de 12–23 mois

Historiquement, l'utilisation de la proportion d'enfants ayant reçu tous les antigènes « de base » a constitué une mesure importante de la couverture vaccinale des enfants. Les enfants considérés comme étant complètement vaccinés contre les antigènes de base sont ceux qui ont reçu le BCG, trois doses de chaque vaccin antipoliomyélitique et le vaccin contenant DTC-HepB-Hib, ainsi qu'une seule dose de vaccin antirougeoleux. Au Mali, le vaccin du BCG est habituellement administré à la naissance ou lors du premier contact avec la clinique, alors que les vaccins contenant la polio et le DTC sont administrés à respectivement 6 semaines, 10 semaines et 14 semaines. Un premier vaccin contenant la rougeole devrait être administré à l'âge de 9 mois ou peu après cet âge.

Les résultats du **Tableau 10** montrent que :

- 52 % des enfants de 12–23 mois ont reçu tous les vaccins de base et 13 % n'ont reçu aucun vaccin ;
- 84 % des enfants de 12–23 mois ont reçu le BCG, 63 % ont reçu trois doses du vaccin de la polio administré sous forme de vaccin antipoliomyélite oral (VPO), 73 % ont reçu trois doses de vaccin contenant DTC-HepB-Hib et 69 % ont reçu une dose de vaccin antirougeoleux.

Tendances : Le **Graphique 5** présente les tendances de la couverture vaccinale des enfants de 12–23 mois. La couverture vaccinale de base chez les enfants de 12–23 mois a augmenté entre 1995–1996 et 2006, passant de 32 % à 48 %. Cependant, après une nette diminution de cette tendance de 2012–2013 à 2018, on constate une augmentation passant de 45 % à 52 % en 2023–2024 pour les enfants ayant reçu tous les vaccins de base.

Graphique 5 **Tendances de la vaccination des enfants**

Pourcentage d'enfants de 12–23 mois

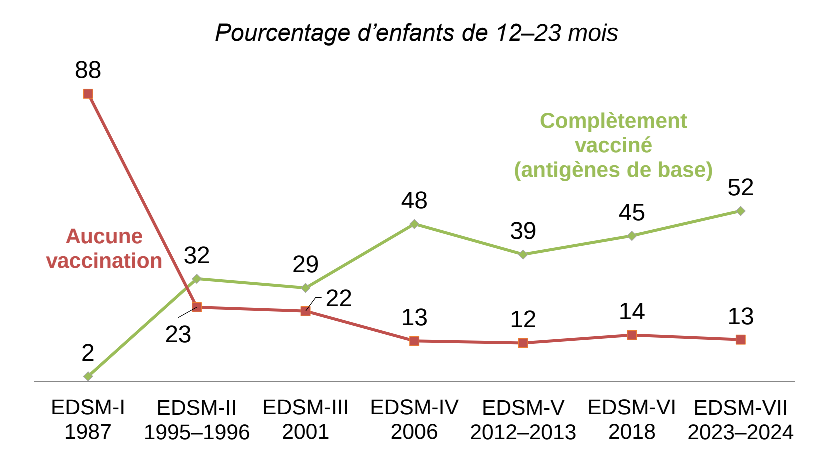


Tableau 10 Vaccinations selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12–23 mois et de 24–35 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou la déclaration de la mère), pourcentage complètement vacciné (antigènes de base), pourcentage complètement vacciné (conformément au calendrier national), et pourcentage n'ayant reçu aucun vaccin, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VII Mali 2023–2024

Caractéristique sociodémographique	Enfants de 12–23 mois																							Enfants de 24–35 mois		
		DTC-HepB-Hib			VPO[1]				VPI		Vaccin contre le pneumocoque			Vaccin contre le rotavirus												
	BCG	1	2	3	0	1	2	3	1	2	1	2	3	1	2	3	Vaccin anti-rougeoleux 1ère dose	Vaccin contre la fièvre jaune	Vaccin contre la méningite	Complètement vacciné (antigènes de base)[2]	Complètement vacciné (conformément au calendrier national)[3]	Aucun vaccin	Effectif d'enfants	Vaccin anti-rougeoleux 2ème dose	Complètement vacciné (conformément au calendrier national)[4]	Effectif d'enfants
Sexe																										
Masculin	84,3	83,8	80,4	73,4	69,5	78,6	72,6	63,2	72,5	43,7	82,7	79,1	71,6	82,8	79,1	71,4	69,3	64,6	65,3	51,8	21,1	12,2	1 437	37,5	8,7	1 520
Féminin	82,9	83,3	80,1	73,4	66,4	78,1	71,5	62,1	72,5	42,9	82,7	78,8	70,7	82,4	77,8	70,4	69,6	65,7	66,4	52,5	19,7	13,5	1 455	34,9	9,1	1 498
Rang de naissance																										
1	85,8	87,0	84,4	76,9	71,1	81,1	76,5	66,6	75,5	43,9	86,9	83,6	75,4	86,0	83,4	75,7	75,0	71,0	72,0	55,0	17,8	10,5	547	39,0	8,1	602
2–3	84,3	83,1	80,1	74,7	70,6	78,8	72,2	61,9	72,8	43,0	82,2	79,4	71,5	82,6	78,6	72,1	70,1	66,3	66,5	52,8	22,2	12,7	964	35,6	9,0	1 049
4–5	82,6	83,4	80,0	72,1	66,4	77,0	70,2	61,4	71,9	42,9	82,4	78,0	69,2	82,8	78,2	69,5	66,8	63,2	64,3	49,7	17,8	13,8	691	35,2	7,5	703
6+	82,1	81,7	77,4	70,2	63,2	77,0	70,3	61,8	70,1	43,8	80,4	75,6	69,0	79,7	74,4	66,8	66,7	60,8	61,8	51,4	22,5	14,0	690	35,7	10,8	664
Carnet de vaccination[5]																										
Vu	95,8	98,0	95,3	89,8	77,5	97,0	94,5	89,6	82,5	45,0	97,1	93,5	86,8	97,3	93,5	86,7	81,2	77,6	78,0	74,8	29,5	0,1	1 964	39,9	16,3	1 555
Non vu ou n'a plus de carnet	87,0	80,9	73,8	60,3	72,5	58,2	38,2	8,6	78,2	60,7	79,8	73,5	58,7	78,4	71,4	58,0	68,6	60,0	62,2	6,9	2,0	10,8	572	43,8	1,4	1 020
N'a jamais eu de carnet	11,2	8,3	7,3	4,3	7,8	8,1	2,7	0,8	7,9	5,8	8,2	7,2	4,6	7,9	6,7	4,4	5,9	4,9	4,9	0,2	0,0	86,7	356	5,7	0,0	443
Milieu de résidence																										
Bamako	96,4	95,9	94,4	92,3	92,8	87,6	83,3	72,6	87,0	55,3	96,1	94,4	90,4	95,7	93,6	91,6	82,4	78,8	80,4	63,9	34,0	2,8	348	41,1	11,5	332
Autres villes	89,1	86,0	81,4	71,5	76,4	80,0	71,6	60,0	76,5	47,3	86,2	80,7	69,6	84,2	78,0	68,1	70,8	64,4	64,1	50,0	19,9	8,1	277	35,1	7,9	307
Ensemble urbain	93,2	91,5	88,7	83,1	85,5	84,3	78,1	67,0	82,3	51,7	91,7	88,3	81,2	90,6	86,7	81,2	77,3	72,4	73,1	57,7	27,8	5,1	624	38,2	9,7	640
Rural	81,0	81,4	77,9	70,7	63,1	76,7	70,4	61,4	69,7	41,0	80,2	76,4	68,3	80,4	76,2	68,0	67,3	63,2	63,9	50,6	18,4	15,0	2 268	35,7	8,6	2 378
Région[6]																										
Kayes	69,8	75,1	72,4	63,6	54,7	73,4	62,8	52,0	63,6	43,5	74,9	71,9	63,3	74,7	72,0	63,7	59,3	52,5	54,5	38,0	16,3	21,8	450	26,5	6,3	453
Koulikoro	87,7	85,4	82,1	75,3	77,3	78,5	74,0	64,3	76,1	45,7	84,4	81,8	74,4	84,3	82,1	74,2	70,7	68,4	69,6	54,7	22,7	10,1	702	33,4	8,3	697
Sikasso	88,1	85,8	81,2	74,9	67,2	80,2	75,2	66,5	75,7	49,8	83,8	77,0	68,3	84,4	78,6	71,4	69,4	66,1	66,6	55,4	22,5	10,5	528	40,7	10,8	623
Ségou	85,4	86,7	83,3	75,6	61,7	81,8	74,3	67,6	77,1	39,8	85,5	81,5	72,5	84,9	76,7	65,8	75,1	69,2	68,1	58,9	19,7	10,6	441	41,8	10,0	504
Mopti	79,2	79,7	78,0	69,9	56,8	78,4	73,5	62,3	58,9	26,9	79,8	77,5	69,4	80,4	78,0	70,6	69,1	63,3	63,7	50,0	7,5	15,6	295	39,4	7,4	267
Tombouctou	46,1	42,7	31,4	23,9	32,5	37,6	27,0	20,9	36,5	18,0	39,4	29,4	23,2	40,9	28,6	23,3	32,5	28,1	27,5	15,6	8,4	48,4	47	18,8	1,2	50
Gao	69,3	67,6	61,2	50,7	52,6	57,9	48,4	38,5	52,1	22,1	67,1	60,5	49,0	63,5	56,1	47,2	52,1	49,3	49,5	29,9	8,6	27,9	81	27,1	5,2	90
Kidal	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	1	†	†	1
Bamako	96,4	95,9	94,4	92,3	92,8	87,6	83,3	72,6	87,0	55,3	96,1	94,4	90,4	95,7	93,6	91,6	82,4	78,8	80,4	63,9	34,0	2,8	348	41,1	11,5	332
Niveau d'instruction																										
Aucun	79,5	79,6	76,0	69,2	60,6	75,2	68,5	59,8	67,2	39,6	78,8	74,4	66,7	78,7	74,1	66,5	65,1	60,2	60,9	49,6	17,6	16,3	1 654	35,2	8,4	1 802
Primaire	83,5	83,5	80,1	71,3	70,4	77,9	72,3	63,6	73,3	43,3	83,1	80,1	72,1	82,3	78,6	71,2	69,8	65,6	67,1	53,6	22,1	13,5	499	35,9	10,4	528
Secondaire ou plus	92,9	92,4	89,8	84,3	82,7	85,7	79,9	68,3	83,6	51,7	91,2	88,2	80,2	91,4	87,9	80,5	78,9	76,0	76,3	57,0	25,5	4,8	739	39,2	8,9	688
Quintiles de bien-être économique																										
Le plus bas	81,0	81,6	79,3	70,0	56,2	78,1	72,9	63,3	69,7	42,7	80,0	76,7	68,0	80,0	76,6	67,0	69,3	64,0	64,9	53,5	18,0	15,1	606	36,0	10,8	608
Second	76,4	78,7	75,0	68,9	55,7	75,3	68,1	60,4	66,9	42,3	78,2	74,4	67,5	77,7	74,2	68,0	65,3	62,8	62,6	51,3	19,7	18,9	589	38,4	8,9	687
Moyen	78,9	77,4	73,7	66,7	60,7	72,2	64,8	56,5	65,4	34,6	76,4	71,7	63,9	77,0	72,0	64,2	62,8	57,6	59,2	45,9	15,3	17,4	571	34,1	6,9	603
Quatrième	86,7	84,9	80,4	74,7	79,2	77,5	72,1	62,8	74,5	42,4	84,7	79,9	72,2	84,3	78,0	71,3	69,4	65,1	65,4	50,1	20,5	9,5	602	32,2	7,5	594
Le plus élevé	96,5	96,3	94,2	88,2	90,1	89,9	83,6	70,9	87,1	55,8	95,3	93,4	85,4	95,1	92,8	85,4	81,4	77,4	78,5	60,7	29,3	2,4	524	40,6	10,4	526
Ensemble	83,6	83,5	80,2	73,4	67,9	78,4	72,1	62,6	72,5	43,3	82,7	78,9	71,1	82,6	78,4	70,9	69,4	65,2	65,9	52,2	20,4	12,9	2 892	36,2	8,9	3 018

Note : On considère que les enfants sont vaccinés si l'information est inscrite sur le carnet de vaccination de l'enfant ou si c'est la mère qui le déclare. Pour les enfants dont l'information sur la vaccination est basée sur la déclaration de la mère, la date de la vaccination n'est pas collectée. On suppose que les proportions de vaccins effectués durant la première et la deuxième années sont les mêmes que pour les enfants pour lesquels on dispose d'un enregistrement écrit de la vaccination.
BCG = Bacille Calmette-Guérin ; DTC = Diphthérie-tétanos-coqueluche ; HepB = Hépatite B ; Hib = Haemophilus influenzae type b ; VPO = Vaccin contre la Polio Oral ; VPI = Vaccin contre la Polio Inactivé

[1] VPO 0 est le vaccin de la polio donné à la naissance.

[2] BCG, trois doses de DTC-HepB-Hib, trois doses du vaccin contre la polio (non compris le vaccin contre la polio donné à la naissance), et une dose de vaccin antirougeoleux

[3] BCG, trois doses de DTC-HepB-Hib, quatre doses du vaccin oral contre la polio, deux doses de VPI, trois doses du vaccin contre le pneumocoque, trois doses du vaccin contre le rotavirus, une dose de vaccin antirougeoleux, une dose de vaccin contre la méningite et une dose de vaccin contre la fièvre jaune.

[4] BCG, trois doses de DTC-HepB-Hib, quatre doses du vaccin oral contre la polio, deux doses de VPI, trois doses du vaccin contre le pneumocoque, trois doses du vaccin contre le rotavirus, deux doses de vaccin antirougeoleux, une dose de vaccin contre la méningite et une dose de vaccin contre la fièvre jaune

[5] Carnet, carte de vaccination, livret ou autre enregistrement écrit.

[6]. † : Les données de la région de Kidal ne sont pas représentatives de toute région ; elles sont prises en compte dans l'ensemble des résultats et contribuent à l'estimation des indicateurs au niveau national mais elles ne sont pas présentées séparément

3.9.2 Couverture vaccinale selon le calendrier national

Une deuxième mesure de la couverture vaccinale consiste à utiliser le pourcentage d'enfants de 12–23 mois et 24–35 mois qui sont complètement vaccinés selon le calendrier national. Dans ce rapport, on considère qu'un enfant de 12–23 mois est complètement vacciné selon le calendrier national s'il a reçu tous les antigènes de base ainsi qu'une dose de VPO à la naissance, deux doses de VPI, trois doses de HepB et Hib (administrés dans le cadre du vaccin contenant DPT), trois doses de vaccin antipneumococcique, une dose de vaccin contre la rougeole, une dose de vaccin contre la fièvre jaune, une dose contre la méningite et trois doses de vaccin contre le rotavirus. Un enfant de 24–35 mois est considéré comme complètement vacciné selon le calendrier national s'il a reçu une seconde dose de vaccin contenant la rougeole et un rappel de vaccin contenant DTP en plus de toutes les autres vaccinations qui doivent être reçues par les enfants de 12–23 mois.

Il ressort aussi du **Tableau 10** que :

- 20 % des enfants de 12–23 mois ont reçu tous les vaccins conformément au calendrier national ;
- 9 % des enfants de 24–35 mois ont reçu tous les vaccins conformément au calendrier national ;
- 13 % des enfants de 12–23 mois n'ont reçu aucun vaccin.

3.10 RECHERCHE DE SOINS ET TRAITEMENT DES MALADIES DES ENFANTS

Les infections respiratoires aiguës (IRA), la fièvre, et la déshydratation consécutive à la diarrhée sont des causes importantes de morbidité et de mortalité parmi les enfants dans les pays en développement (OMS 2003). Une réaction médicale rapide dès que l'enfant présente les symptômes de ces maladies est donc cruciale pour éviter les décès. Le **Tableau 11** présente les informations sur la recherche de soins pour les enfants malades au Mali. Dans l'ensemble, 2 % des enfants de moins de 5 ans ont présenté des symptômes d'IRA, 15 % ont eu de la fièvre et 17 % ont eu de la diarrhée dans les deux semaines qui ont précédé l'interview (données non présentées).

- Des conseils ou un traitement ont été recherchés pour 47 % des enfants ayant présenté des symptômes d'IRA dans les deux semaines qui ont précédé l'interview ;
- Des conseils ou un traitement ont été recherchés pour 51 % des enfants ayant eu de la fièvre dans les deux semaines qui ont précédé l'interview ;
- Des conseils ou un traitement ont été recherchés pour 37 % des enfants ayant eu de la diarrhée dans les deux semaines qui ont précédé l'interview ;
- 10 % des enfants ayant eu de la diarrhée ont reçu des SRO, 7 % ont reçu des suppléments de zinc, 3 % ont reçu des SRO et des suppléments de zinc et 3 % ont reçu des SRO, des suppléments de zinc et ont continué à s'alimenter.

Tableau 11 Traitement des symptômes d'IRA, de la fièvre, et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant présenté des symptômes d'Infection Respiratoire Aiguë (IRA) ou qui ont eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement, et parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement, pourcentage à qui on a donné des liquides préparés à partir des sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) ou des liquides SRO préconditionnés, pourcentage à qui on a donné du zinc, pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc, et pourcentage à qui on a donné des SRO, du zinc, et qui ont continué à être alimenté, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VII Mali 2023–2024

	Parmi les enfants avec des symptômes d'IRA [1]		Parmi les enfants ayant eu de la fièvre		Parmi les enfants ayant eu la diarrhée					
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement[2]	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement[2]	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement[2]	Pourcentage à qui on a donné des liquides préparés à partir des sachets de SRO ou des liquides SRO précondi-tionnés	Pourcentage à qui on a donné du zinc	Pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc	Pourcentage à qui on a donné des SRO, du zinc et qui ont continué à être alimenté[3]	Effectif d'enfants
Âge en mois										
<6	(45,6)	38	49,3	227	30,3	4,5	2,2	0,3	0,0	296
6–11	(54,6)	49	48,5	341	37,9	9,8	7,9	4,3	3,8	475
12–23	49,4	80	49,3	540	39,5	10,0	5,8	3,3	2,8	832
24–35	43,7	75	55,7	460	35,4	10,0	5,9	2,8	2,4	534
36–47	47,2	56	48,1	337	38,2	13,0	11,2	4,9	3,9	292
48–59	(44,3)	47	51,4	286	39,2	13,0	13,5	6,5	4,9	148
Sexe										
Masculin	50,2	167	53,2	1 130	38,6	10,7	6,6	3,5	2,9	1 363
Féminin	44,8	178	47,9	1 061	35,5	8,9	7,1	3,3	2,8	1 213
Milieu de résidence										
Bamako	(69,2)	27	55,4	274	38,3	15,9	6,9	4,2	3,4	261
Autres villes	54,9	54	53,1	247	37,9	14,5	8,6	4,4	4,0	249
Ensemble urbain	59,7	81	54,3	521	38,1	15,2	7,7	4,3	3,7	511
Rural	43,7	264	49,5	1 671	36,9	8,5	6,6	3,2	2,6	2 065
Région[4]										
Kayes	45,0	67	43,1	403	31,2	8,2	4,9	2,2	1,6	524
Koulikoro	(41,2)	41	55,6	394	39,0	10,9	14,2	6,3	6,3	406
Sikasso	52,6	95	51,2	543	35,2	7,5	4,4	2,5	2,1	537
Ségou	(47,4)	54	45,4	241	38,3	8,5	6,8	2,8	2,0	401
Mopti	34,0	52	53,3	211	42,6	7,7	3,5	1,3	0,6	346
Tombouctou	(34,3)	4	46,1	37	36,1	18,7	10,8	9,0	5,1	30
Gao	*	3	54,1	87	47,9	26,3	13,2	11,2	10,3	69
Kidal	†	0	†	1	†	†	†	†	†	1
Bamako	(69,2)	27	55,4	274	38,3	15,9	6,9	4,2	3,4	261
Niveau d'instruction de la mère										
Aucun	38,4	195	46,1	1 188	34,7	7,5	5,7	2,5	2,1	1 523
Primaire	47,0	57	53,7	432	37,8	10,7	6,8	4,5	3,4	494
Secondaire ou plus	66,8	92	57,6	571	43,2	15,6	10,1	4,8	4,3	559
Quintiles de bien-être économique										
Le plus bas	24,9	82	42,3	378	31,2	5,4	4,7	2,6	2,1	528
Second	43,8	69	48,1	458	36,3	7,3	5,5	2,9	2,7	609
Moyen	53,2	79	50,6	482	39,5	10,1	7,7	3,1	2,3	558
Quatrième	48,0	46	49,4	416	34,8	9,6	7,4	3,2	2,2	445
Le plus élevé	70,8	69	61,1	457	44,7	18,7	9,7	5,7	5,2	436
Ensemble	47,4	344	50,6	2 192	37,1	9,9	6,8	3,4	2,8	2 576

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25–49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée

[1] Les symptômes d'IRA incluent une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou des difficultés respiratoires associées à des problèmes de congestion dans la poitrine.

[2] Y compris les conseils et traitements des sources suivantes : : le secteur médical public, le secteur médical privé, le secteur médical ONG, les boutiques, les vendeurs de médicaments ambulants et le marché. Non compris les conseils ou les traitements fournis par un guérisseur ou praticien traditionnel.

[3] Les enfants qui ont continué à être alimentés comprennent les enfants qui ont reçu plus d'aliments que d'habitude et ceux qui ont reçu les quantités habituelles ou un peu moins que d'habitude durant l'épisode diarrhéique.

[4] † : Les données de la région de Kidal ne sont pas représentatives de toute région ; elles sont prises en compte dans l'ensemble des résultats et contribuent à l'estimation des indicateurs au niveau national mais elles ne sont pas présentées séparément

3.11 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS

L'anthropométrie est couramment utilisée pour mesurer l'état nutritionnel de l'enfant. Les mesures anthropométriques sont utilisées pour rendre compte des indicateurs de croissance de l'enfant. La distribution de la taille et du poids des enfants de moins de 5 ans est comparée à la population standard de référence de l'OMS (OMS 2006). La distribution d'une population bien nourrie sera similaire à celle de la population de référence, alors que celle d'une population mal nourrie ne le sera pas. Les indices taille-pour-âge, poids-pour-taille, et poids-pour-âge peuvent être exprimés en unités d'écart type (*z* scores) à partir de la médiane de la population de référence. Les valeurs qui sont supérieures à deux écarts types en dessous de la médiane des normes de croissance OMS sont utilisées pour définir la malnutrition.

Retard de croissance (évalué au moyen de la taille-pour-âge)

La taille-pour-âge est une mesure du ralentissement de la croissance. Les enfants dont le *z* score pour la taille-pour-âge se situe en dessous de moins deux écarts type (-2 ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme trop petits par rapport à leur âge (retard de croissance) ou atteints de malnutrition chronique. Les enfants en dessous de moins trois écart type (-3 ET) sont considérés comme atteints de retard de croissance sévère.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans

Émaciation (évalué au moyen du poids-pour-taille)

L'indice poids-pour–taille mesure la masse du corps en relation avec la taille ou longueur et décrit la sous-nutrition aiguë. Les enfants dont le *z* score pour le poids-pour-taille se situe en dessous de moins deux écarts-type (-2 ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme maigres (émaciés). Les enfants dont le *z* score pour le poids-pour-taille se situe en dessous de moins trois écarts type (-3 ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme sévèrement émaciés.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans

Insuffisance pondérale (évalué au moyen du poids-pour-âge)

Le poids-pour-âge est un indice combiné de la taille-pour-âge et du poids-pour-taille qui traduit à la fois l'émaciation et le retard de croissance. Les enfants dont le *z* score pour le poids-pour-âge se situe en dessous de moins deux écarts type (-2 ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme présentant une insuffisance pondérale. Les enfants dont le *z* score pour le poids-pour-âge se situe en dessous de moins trois écarts type (-3 ET) de la médiane sont considérés comme présentant une insuffisance pondérale sévère.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans

Surpoids (évalué au moyen du poids-pour-taille)

Les enfants dont le *z* score pour le poids-pour-taille est supérieur à deux écarts type (+2 ET) au-dessus de la médiane de la population de référence sont considérés comme étant en surpoids.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans

L'EDSM-VII a identifié un total de 15 922 enfants de moins de 5 ans éligibles pour les mesures du poids et de la taille ; le pourcentage avec des données valides pour la taille-pour-âge est de (97 %), et pour le poids-pour-taille et le poids-pour -âge, il est de (98 %).

Tableau 12 Etat nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans considérés comme atteints de malnutrition selon trois indices anthropométriques de mesure de la croissance de l'enfant : la taille en fonction de l'âge, le poids en fonction de la taille et le poids en fonction de l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VII Mali 2023–2024

	Taille-pour-Âge[1]				Poids-pour-Taille					Poids-pour-Âge			
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET [2]	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[2]	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[2]	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants
Âge en mois													
<6	4,0	14,4	-0,6	1 810	0,4	3,9	5,6	0,0	1 811	2,5	10,5	-0,5	1 816
6–11	3,7	14,0	-0,9	1 558	1,5	10,4	2,1	-0,6	1 567	3,5	16,1	-0,9	1 564
12–23	8,5	30,8	-1,4	3 041	0,7	6,8	0,9	-0,6	3 059	3,7	19,4	-1,1	3 048
24–35	9,6	32,4	-1,5	3 261	0,6	4,6	0,8	-0,3	3 288	3,2	16,7	-1,0	3 265
36–47	9,0	29,7	-1,4	3 085	0,4	3,4	0,8	-0,3	3 112	2,9	15,0	-1,0	3 089
48–59	4,8	19,1	-1,1	3 061	0,7	5,1	0,5	-0,5	3 084	1,9	11,2	-1,0	3 063
0–23	6,1	22,1	-1,1	6 410	0,8	6,8	2,5	-0,4	6 438	3,3	16,1	-0,9	6 428
24–59	7,8	27,2	-1,3	9 408	0,6	4,4	0,7	-0,4	9 484	2,7	14,3	-1,0	9 418
Sexe													
Masculin	7,8	26,7	-1,3	7 968	0,9	6,3	1,6	-0,4	8 022	3,2	16,7	-1,0	7 988
Féminin	6,4	23,6	-1,2	7 849	0,4	4,4	1,3	-0,3	7 901	2,6	13,3	-0,9	7 857
Interview de la mère													
Interviewée	6,9	24,9	-1,2	14 768	0,6	5,4	1,5	-0,4	14 838	2,9	14,9	-1,0	14 794
Mère non interviewée mais vivant dans le ménage	8,9	26,1	-1,2	348	0,6	5,6	1,7	-0,3	357	3,4	15,5	-1,0	348
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménag[3]	10,1	29,8	-1,4	702	1,1	4,6	0,6	-0,4	728	4,0	16,8	-1,1	704
Milieu de résidence													
Bamako	3,4	14,4	-0,8	1 809	0,3	4,6	1,1	-0,4	1 806	1,1	9,6	-0,7	1 808
Autres villes	5,2	19,0	-1,0	1 527	0,5	3,9	1,8	-0,3	1 545	1,9	11,0	-0,8	1 528
Ensemble urbain	4,2	16,5	-0,9	3 335	0,3	4,3	1,4	-0,4	3 351	1,5	10,3	-0,8	3 336
Rural	7,9	27,4	-1,3	12 482	0,8	5,6	1,5	-0,4	12 571	3,3	16,3	-1,0	12 509
Région[4]													
Kayes	6,0	22,7	-1,1	2 412	0,7	6,2	1,1	-0,5	2 413	3,5	15,4	-1,0	2 412
Koulikoro	6,0	24,6	-1,2	3 752	0,9	5,5	2,0	-0,4	3 767	2,8	15,4	-1,0	3 770
Sikasso	10,2	30,7	-1,5	3 088	0,4	4,5	1,5	-0,3	3 107	3,2	15,8	-1,0	3 089
Ségou	4,3	20,8	-1,2	2 543	0,4	4,4	1,1	-0,3	2 553	1,4	12,4	-0,9	2 544
Mopti	10,1	33,7	-1,5	1 486	0,6	4,5	1,0	-0,3	1 495	3,6	17,8	-1,1	1 488
Tombouctou	12,7	30,1	-1,2	287	3,1	10,9	4,0	-0,4	294	4,9	19,7	-1,0	292
Gao	18,4	40,6	-1,7	435	2,1	12,1	0,8	-0,7	480	11,6	30,4	-1,4	436
Kidal	†	†	†	6	†	†	†	†	6	†	†	†	6
Bamako	3,4	14,4	-0,8	1 809	0,3	4,6	1,1	-0,4	1 806	1,1	9,6	-0,7	1 808
Niveau d'instruction de la mère[5]													
Aucun	8,2	28,2	-1,3	9 066	0,8	5,8	1,4	-0,4	9 129	3,6	16,8	-1,0	9 083
Primaire	6,5	23,7	-1,2	2 600	0,5	5,4	1,1	-0,4	2 612	2,3	14,8	-1,0	2 606
Secondaire ou plus	4,2	17,2	-0,9	3 449	0,4	4,2	1,9	-0,3	3 453	1,3	10,4	-0,7	3 453
Quintiles de bien-être économique													
Le plus bas	10,2	31,1	-1,4	3 368	0,7	5,3	1,3	-0,4	3 379	3,6	18,1	-1,1	3 375
Second	7,8	30,3	-1,4	3 324	0,4	5,2	1,1	-0,4	3 339	3,0	16,9	-1,1	3 330
Moyen	8,6	28,1	-1,3	3 230	1,2	6,4	1,6	-0,4	3 265	4,1	16,8	-1,0	3 236
Quatrième	4,6	19,7	-1,0	3 157	0,7	5,0	1,7	-0,4	3 195	2,2	12,2	-0,9	3 164
Le plus élevé	3,5	14,2	-0,8	2 738	0,3	4,7	1,6	-0,4	2 745	1,6	10,2	-0,7	2 740
Ensemble	7,1	25,1	-1,2	15 817	0,7	5,4	1,4	-0,4	15 922	2,9	15,0	-1,0	15 845

Note : Chaque indice est exprimé en termes d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant.
[1] Les enfants de moins de 2 ans sont mesurés en position allongée ; tous les autres enfants sont mesurés en position debout.
[2] Y compris les enfants qui se situent en dessous de -3 ET de la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant.
[3] Y compris les enfants dont la mère est décédée.
[4] † : Les données de la région de Kidal ne sont pas représentatives de toute région ; elles sont prises en compte dans l'ensemble des résultats et contribuent à l'estimation des indicateurs au niveau national mais elles ne sont pas présentées séparément
[5] Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, l'information provient du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le Questionnaire Ménage.

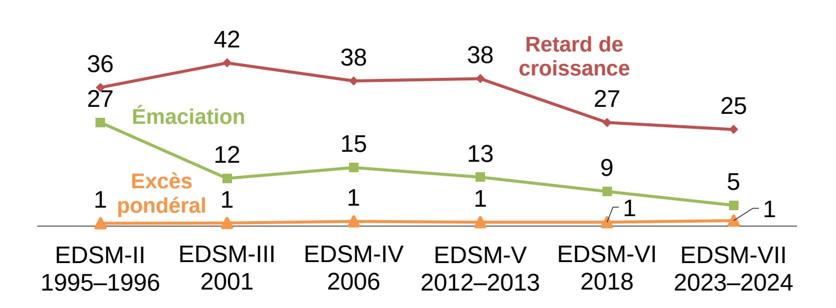
Le **Tableau 12** présente l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Dans l'ensemble, 25 % des enfants de moins de 5 ans accusent un retard de croissance ou sont atteints de malnutrition chronique (ils sont trop petits pour leur âge) et 7 % ont un retard de croissance sévère. Moins d'un enfant sur dix (5 %) sont émaciés ou souffrent de malnutrition aiguë (ils sont trop maigres par rapport à leur taille) et 1 % sont sévèrement émaciés. Les résultats montrent

également que 15 % présentent une insuffisance pondérale (ils sont trop maigres par rapport à leur âge), y compris 3 % qui présentent une insuffisance pondérale sévère.

Tendances : De 2001 à 2023–2024, le **Graphique 6** montre globalement une diminution de la prévalence du retard de croissance passant de 42 % à 25 %. En revanche, la prévalence de l'émaciation varie de façon irrégulière : de 12 % en 2001, elle est passée à 15 % en 2006 puis elle a diminué pour se situer de manière importante à 5 % en 2023–2024. Par contre, la prévalence de l'excès pondéral n'a pas varié durant cette période.

Graphique 6 **Tendances de l'état nutritionnel des enfants**

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de malnutrition



3.12 ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) sont essentielles pour la santé et la survie des jeunes enfants. Les pratiques ANJE recommandées comprennent l'initiation précoce de l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance, l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois et un régime alimentaire suffisamment varié (OMS et UNICEF 2021).

Initiation précoce à l'allaitement
Pourcentage d'enfants nés dans les 2 dernières années qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi la naissance
Échantillon : Enfants nés dans les 2 dernières années

Allaitement exclusif avant l'âge de 6 mois
Pourcentage d'enfants de 0–5 mois nourris exclusivement au lait maternel le jour précédent
Échantillon : Plus jeunes enfants de 0–5 mois vivant avec leur mère

Diversité alimentaire minimale à 6–23 mois
Pourcentage d'enfants de 6–23 mois qui ont consommé le jour précédent des aliments appartenant à 5 groupes d'aliments sur les 8 retenus. Les 8 groupes d'aliments retenus sont les suivants : lait maternel ; céréales, racines et tubercules ; légumineuses et noix ; produits laitiers (lait, yaourt, fromage) ; produits carnés (viande, poisson, volaille et foie/abats); œufs ; fruits et légumes riches en vitamine A; et autres fruits et légumes.
Échantillon : Plus jeunes enfants de 6–23 mois avec leur mère

- Un peu plus de deux enfants de 0–23 mois sur cinq (46 %) ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi la naissance ;
- Près de deux enfants de 6–23 mois sur dix (17 %) ont reçu une alimentation diversifiée comme recommandé, le jour précédant l'interview ;
- Deux enfants de 0–5 mois sur cinq (40 %) ont été exclusivement allaités le jour précédant l'interview.

Les pratiques d'alimentation malsaine des nourrissons et des jeunes enfants doivent être évitées car elles peuvent remplacer les aliments nutritifs qui fournissent des nutriments importants aux enfants et favorisent une prise de poids malsaine. Pour les nourrissons et les jeunes enfants, la consommation d'aliments et de boissons sucrés augmente le risque de caries dentaires et d'obésité pendant l'enfance. La définition de l'indicateur ci-dessous pour la consommation d'aliments malsains décrit les « aliments malsains sentinelles », qui sont des aliments riches en sucre, en sel et/ou en graisses malsaines qui sont couramment consommés par les nourrissons et les jeunes enfants (OMS et UNICEF 2021).

Tableau 13 Indicateurs d'évaluation des Pratiques d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (PANJE)

Pourcentage d'enfants nourris en suivant les différentes pratiques PANJE, EDSM-VII Mali 2023–2024

Indicateur	Définition et dénominateur de l'indicateur	Pourcentage
Initiation précoce à l'allaitement[1]	Pourcentage d'enfants nés au cours des 2 dernières années qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi la naissance	45,5
	Effectif d'enfants nés au cours des 2 dernières années	6 413
Allaitement exclusif moins de 6 mois	Pourcentage d'enfants de 0–5 mois exclusivement nourris au lait maternel durant le jour précédent	40,3
	Effectif des plus jeunes enfants de 0–5 mois vivant avec leur mère	1 710
Diversité alimentaire minimale 6–23 mois	Pourcentage d'enfants de 6–23 mois ayant reçu des aliments et des liquides d'au moins 5 des 8 groupes d'aliments définis le jour précédent	17,3
	Effectif des enfants les plus jeunes de 6–23 mois vivant avec leur mère	4 180
Consommation de boissons sucrées 6–23 mois	Pourcentage d'enfants de 6–23 mois qui ont reçu des boissons sucrées le jour précédent	35,6
	Effectif des enfants les plus jeunes de 6–23 mois vivant avec leur mère	4 180
Consommation d'aliments malsains pour la santé 6–23 mois	Pourcentage d'enfants de 6–23 mois nourris avec des aliments malsains le jour précédent	29,0
	Effectif des enfants les plus jeunes de 6–23 mois vivant avec leur mère	4 180

[1] Y compris les enfants nés au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, que les enfants soient en vie ou décédés au moment de l'enquête.

Consommation de boissons sucrées à 6–23 mois

Pourcentage d'enfants de 6–23 mois qui ont consommé des boissons sucrées le jour précédent

Consommation d'aliments malsains à 6–23 mois

Pourcentage d'enfants de 6–23 mois qui ont consommé des aliments malsains « sentinelles » le jour précédent

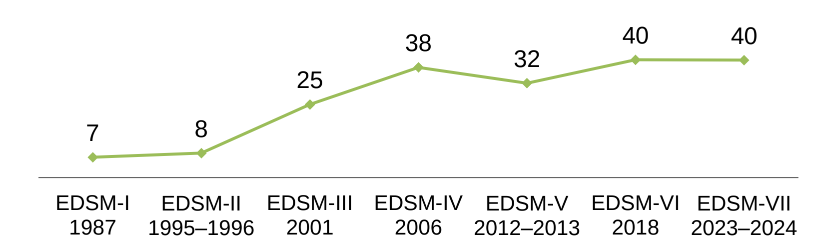
Échantillon : Plus jeunes enfants de 6–23 mois vivant avec leur mère

- Un peu plus d'un enfant de 6–23 mois sur trois (36 %) a reçu des boissons sucrées, le jour précédant l'interview (**Tableau 13**) ;
- Un peu plus d'un enfant de 6–23 mois sur quatre (29 %) a reçu le jour précédant l'interview des aliments considérés comme malsains (**Tableau 13**).

Tendances : De 1995–1996 à 2023–2024, le **Graphique 7** montre une augmentation continue de la pratique de l'allaitement exclusif, le pourcentage passant de 8 % en 1995–1996 à 25 % en 2001 et 40 % en 2023–2024. Par rapport à EDSM-VI de 2018, ce pourcentage n'a pratiquement pas changé ((40 % en 2018 et en 2023-2024).

***Graphique 7* Tendances de l'allaitement exclusif**

Pourcentage d'enfants de 0–5 mois



3.13 PALUDISME

3.13.1 Possession et utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide

Les moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) repoussent et tuent les moustiques, fournissant ainsi une protection contre les piqûres de moustiques et réduisant la transmission des parasites du paludisme. Quand un niveau élevé de couverture en MII est atteint, cela permet de réduire le risque, non seulement au niveau individuel, mais aussi au niveau de la communauté en réduisant la population des vecteurs. La distribution des MII et leur utilisation est l'une des principales interventions en matière de prévention du paludisme au Mali.

Possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide

Ménages qui ont, au moins, une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). Une MII est une moustiquaire imprégnée industriellement par le fabricant qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire.

Échantillon : Ménages

Couverture universelle en MII dans les ménages

Pourcentage de ménages avec, au moins, une MII pour deux personnes.

Échantillon : Ménages (avec au moins une personne qui a passé la nuit avant l'enquête dans le ménage).

Le **Tableau 14** présente les résultats sur la possession de MII par le ménage.

- Dans l'ensemble, 89 % de ménages possèdent au moins une MII et 50 % ont au moins une MII pour deux personnes qui ont passé la nuit dans le ménage et ont donc atteint la couverture universelle. La possession d'au moins une MII est plus élevée en milieu rural (91 %) qu'en milieu urbain (83 %).

- Les résultats montrent également que le pourcentage de ménages possédant au moins une MII pour deux personnes qui ont passé la nuit dans le ménage est plus élevé en milieu rural (53 %) qu'en milieu urbain (42 %).

On note également que le nombre moyen de MII par ménage a légèrement augmenté par rapport à EDSM-VI (2,6 contre 3,8).

Tableau 14 Possession de moustiquaires imprégnées d'Insecticide par les ménages

Pourcentage de ménages qui possède au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII); nombre moyen de MII par ménage et pourcentage de ménages qui possèdent au moins une MII pour deux personnes qui ont passé la nuit dernière dans le ménage, selon certaines caractéristiques, EDSM-VII Mali 2023–2024

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de ménages avec au moins une MII[1]	Nombre moyen de MII[1] par ménage	Effectif de ménages	Pourcentage de ménages avec, au moins, une MII[1] pour deux personnes qui ont passé la nuit dernière dans le ménage[2]	Effectif de ménages avec, au moins, une personne qui a passé la nuit dernière dans le ménage
Milieu de résidence					
Bamako	78,7	2,1	1 509	33,9	1 505
Autres villes	87,5	3,5	1 171	52,1	1 170
Ensemble urbain	82,5	2,7	2 680	41,9	2 674
Rural	90,9	4,2	6 987	52,5	6 983
Région[3]					
Kayes	90,8	4,3	1 305	54,8	1 303
Koulikoro	88,8	4,0	2 053	46,9	2 053
Sikasso	93,4	4,8	1 631	57,8	1 628
Ségou	97,1	4,4	1 632	65,0	1 631
Mopti	93,6	4,0	895	51,4	895
Tombouctou	70,3	1,5	248	19,8	248
Gao	62,9	1,6	387	21,5	387
Kidal	†	†	7	†	7
Bamako	78,7	2,1	1 509	33,9	1 505
Quintiles de bien-être économique					
Le plus bas	96,5	5,4	1 487	57,2	1 486
Second	94,6	4,5	1 751	54,8	1 751
Moyen	88,5	3,6	2 062	48,7	2 061
Quatrième	85,3	3,0	2 318	47,2	2 314
Le plus élevé	81,7	3,0	2 050	43,0	2 046
Ensemble	88,6	3,8	9 667	49,5	9 657

[1] Une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire. Dans l'EDSM-V de 2012–2013, les MII étaient appelées Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA). Depuis 2012 au Mali, toutes les moustiquaires imprégnées d'insecticides sont presque exclusivement des MILDA.
[2] Membres de fait des ménages.
[3] † : Les données de la région de Kidal ne sont pas représentatives de toute région ; elles sont prises en compte dans l'ensemble des résultats et contribuent à l'estimation des indicateurs au niveau national mais elles ne sont pas présentées séparément

Tendances : La possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide par les ménages. Le **Graphique 8** qui présente la tendance de la possession de MII dans les ménages montre une augmentation du pourcentage de ménages possédant au moins une MII, celui-ci étant passé de 50 % en 2006 à 90 % en 2018 ; depuis la dernière enquête, le pourcentage est resté quasiment le même (89 %).

Le **Tableau 15** présente les résultats de l'utilisation des MII par les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Dans l'ensemble, 67 % des enfants de moins de 5 ans ont dormi sous une MII la nuit avant l'interview dans tous les ménages. Le pourcentage des enfants de moins de 5 ans dans le ménage possédant au moins une MII ayant dormi sous cette MII la nuit avant l'interview est de 73 %.

Graphique 8 **Tendances de la possession de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) par les ménages**

Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII)



Note: Une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire. Dans l'EDSM-V de 2012–2013, les MII étaient appelées Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA). Depuis 2012 au Mali, toutes les moustiquaires imprégnées d'insecticides sont presque exclusivement des MILDA.

Tableau 15 Utilisation des moustiquaires imprégnées d'Insecticide (MII) par les enfants et les femmes enceintes

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui, la nuit avant l'interview, ont dormi sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII); et parmi les enfants de moins de 5 ans des ménages avec, au moins, une MII, pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit avant l'interview; parmi les femmes de 15–49 ans enceintes, pourcentage qui, la nuit avant l'interview, ont dormi sous une MII, et parmi les femmes enceintes de 15–49 ans des ménages possédant, au moins, une MII, pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'interview, selon certaines caractéristiques, EDSM-VII Mali 2023–2024

	Enfants de moins de 5 ans dans tous les ménages		Enfants de moins de 5 ans dans les ménages possédant au moins une MII[1]		Femmes enceintes de 15–49 ans dans tous les ménages		Femmes enceintes de 15–49 ans dans les ménages possédant au moins une MII[1]	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant dormi sous une MII[1] la nuit avant l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MII[1] la nuit avant l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MII[1] la nuit avant l'interview	Effectif de femmes enceintes	Pourcentage ayant dormi sous une MII[1] la nuit avant l'interview	Effectif de femmes enceintes
Milieu de résidence								
Bamako	60,5	1 838	71,3	1 560	56,7	193	62,6	175
Autres villes	69,1	1 580	76,2	1 433	72,7	204	83,8	177
Ensemble urbain	64,5	3 419	73,6	2 992	64,9	397	73,2	352
Rural	68,2	12 801	73,3	11 923	70,2	1 498	75,3	1 396
Région[2]								
Kayes	65,1	2 452	69,7	2 290	68,7	283	73,8	263
Koulikoro	66,3	3 833	73,1	3 475	58,7	445	66,0	395
Sikasso	66,8	3 160	70,6	2 993	76,2	409	80,0	390
Ségou	75,9	2 602	77,1	2 561	79,1	313	81,4	304
Mopti	76,9	1 533	79,6	1 481	81,1	170	84,5	163
Tombouctou	55,8	300	78,1	214	59,0	36	82,6	26
Gao	51,2	494	75,4	336	56,8	46	81,5	32
Kidal	†	6	†	5	†	1	†	1
Bamako	60,5	1 838	71,3	1 560	56,7	193	62,6	175
Quintiles de bien-être économique								
Le plus bas	66,5	3 445	68,5	3 345	69,9	435	71,9	423
Second	70,0	3 411	73,4	3 255	72,3	445	76,1	422
Moyen	68,4	3 319	76,3	2 978	73,9	381	81,7	345
Quatrième	68,7	3 251	77,6	2 877	66,9	323	75,5	286
Le plus élevé	62,8	2 793	71,3	2 461	59,7	311	68,4	272
Ensemble	67,4	16 220	73,3	14 915	69,1	1 895	74,9	1 748

Note : Le tableau est basé sur les enfants et les femmes enceintes ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage.
[1] Une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire. Dans l'EDSM-V de 2012–2013, les MII étaient appelées Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA). Depuis 2012 au Mali, toutes les moustiquaires imprégnées d'insecticides sont presque exclusivement des MILDA.
[2] † : Les données de la région de Kidal ne sont pas représentatives de toute région ; elles sont prises en compte dans l'ensemble des résultats et contribuent à l'estimation des indicateurs au niveau national mais elles ne sont pas présentées séparément.

Parmi les femmes enceintes de 15–49 ans, 69 % d'entre elles ont dormi sous une MII la nuit avant l'interview. Dans les ménages possédant au moins une MII, ce pourcentage atteint 75 %.

Cependant, par rapport à 2021. Le pourcentage d'utilisateurs de MII la nuit avant l'interview, a diminué, que ce soit parmi les enfants de moins de 5 ans que parmi les femmes enceintes : parmi les enfants de moins de 5 ans, le pourcentage est passé de 73 % à 67 % et parmi les femmes enceintes, de 76 % à 69 % ; Cette baisse de l'utilisation des MII pourrait s'expliquer en partie par la période d'enquête qui ne correspond pas à la période de haute transmission du paludisme, ni à la période de grande nuisance.

Par ailleurs, ce taux d'utilisation est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain : (68 % contre 65 % parmi les enfants et 70 % contre 65 % parmi les femmes enceintes).

3.13.2 Paludisme pendant la grossesse

Traitement Préventif Intermittent (TPIg) pendant la grossesse (TPIg3+)

Pourcentage de femmes qui ont pris, au moins, trois doses de SP durant leur dernière grossesse.

Échantillon : Femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante ou un mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête

L'infection palustre durant la grossesse est un problème majeur de santé publique au Mali comportant des risques importants pour la mère, le fœtus et le nouveau-né. Le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg) est un protocole thérapeutique complet d'antipaludiques administrés aux femmes enceintes au cours de visites prénatales de routine pour prévenir le paludisme. Le TPIg permet de prévenir les épisodes de paludisme chez la mère, l'anémie maternelle et fœtale, la parasitémie placentaire, le faible poids à la naissance et la mortalité néonatale.

Dans l'ensemble, 28 % des femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années ayant précédé l'enquête ont reçu au moins trois doses de TPIg (**Tableau 16**).

La prise de 3 doses ou plus de SP augmente avec le niveau d'instruction de la femme. En effet, le pourcentage de femmes ayant pris trois doses ou plus de SP passe de 25 % chez celles qui n'ont aucun niveau d'instruction à 36 % chez celles qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Le pourcentage de femmes ayant pris trois doses ou plus de SP augmente avec le niveau de bien-être du ménage, passant de 25 % chez les femmes des ménages du quintile le plus bas à 35 % chez celles du quintile le plus élevé.

Tableau 16 Utilisation du traitement préventif intermittent (TPIg) par les femmes au cours de la grossesse

Pourcentage de femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante et/ou un mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête qui ont reçu une dose ou plus de SP ; pourcentage qui ont reçu deux doses ou plus de SP, et pourcentage en ayant reçu trois doses ou plus pendant la grossesse ayant abouti à la dernière naissance vivante ou mort-né, selon certaines caractéristiques, EDSM-VII Mali 2023–2024

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu une dose ou plus de SP	Pourcentage ayant reçu deux doses ou plus de SP	Pourcentage ayant reçu trois doses ou plus de SP	Effectif de femmes ayant eu une naissance vivante et/ou un mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête
	NAISSANCES VIVANTES			
Milieu de résidence				
Bamako	91,0	60,5	27,7	724
Autres villes	89,2	60,9	28,4	602
Ensemble urbain	90,2	60,7	28,0	1 326
Rural	77,4	54,9	27,3	4 822
Région[1]				
Kayes	75,8	55,8	26,5	958
Koulikoro	85,2	61,1	29,8	1 466
Sikasso	77,8	53,8	25,1	1 202
Ségou	76,0	55,8	31,3	963
Mopti	81,9	54,5	28,5	580
Tombouctou	45,5	18,8	5,9	79
Gao	66,8	37,8	15,1	174
Kidal	†	†	†	3
Bamako	91,0	60,5	27,7	724
Niveau d'instruction				
Aucun	75,4	52,7	25,0	3 513
Primaire	81,5	54,1	25,3	1 078
Secondaire ou plus	90,0	65,2	34,7	1 558
Quintiles de bien-être économique				
Le plus bas	71,3	49,6	24,6	1 290
Second	73,1	51,2	27,4	1 253
Moyen	78,6	53,8	23,7	1 237
Quatrième	86,4	60,2	26,8	1 264
Le plus élevé	93,3	67,2	35,9	1 104
Ensemble	80,2	56,1	27,5	6 148
	MORT-NÉS			
Ensemble	65,3	44,0	15,1	143
	NAISSANCES VIVANTES ET MORT-NÉS[2]			
Ensemble	80,0	55,9	27,3	6 257

Note : Les mort-nés sont des décès fœtaux qui se sont produits après une grossesse de 28 semaines ou plus. Quand la durée de la grossesse est déclarée en mois, les mort-nés sont des décès fœtaux qui se sont produits après une grossesse de 7 mois ou plus.

[1] † : Les données de la région de Kidal ne sont pas représentatives de toute région ; elles sont prises en compte dans l'ensemble des résultats et contribuent à l'estimation des indicateurs au niveau national mais elles ne sont pas présentées séparément

[2] Pour les femmes ayant eu une naissance vivante et un enfant mort-né dans les 2 années ayant précédé l'enquête, les données sont calculées sur la naissance la plus récente seulement.

3.13.3 Prise en charge des cas de paludisme chez les enfants

Recherche de soins pour les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'interview pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement auprès d'un prestataire de santé, d'un établissement de santé ou d'une pharmacie.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines avant l'interview.

Diagnostic du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'interview, pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon pour être testé. Il s'agit d'une mesure indirecte du test de diagnostic du paludisme.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'interview

Combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA) pour les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'interview qui ont pris une CTA.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'interview

Le **Tableau 17** présente les résultats sur la recherche de soins parmi les enfants ayant eu de la fièvre ainsi que le diagnostic et les traitements utilisés. Les principaux résultats sont les suivants :

- Au cours des deux semaines avant l'interview, 15 % des enfants de moins de 5 ans avaient eu de la fièvre ;
- Parmi les enfants ayant eu de la fièvre, des conseils ou un traitement ont été recherchés pour 51 % d'entre eux et 18 % ont eu un prélèvement de sang pour être testé ;
- Parmi les enfants ayant eu de la fièvre et qui ont pris des antipaludiques, 45 % ont pris une CTA.

Tableau 17 Enfants ayant eu de la fièvre, recherche de soins, diagnostic et traitement contre la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview; parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement, pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon; et parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre et ayant pris un antipaludique, pourcentage ayant pris une Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA), selon certaines caractéristiques, EDSM-VII Mali 2023–2024

	Parmi les enfants de moins de 5 ans		Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre			Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre et ayant pris un antipaludique	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines avant l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement[1]	Pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon pour être testé	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant pris une CTA	Effectif d'enfants
Milieu de résidence							
Bamako	15,8	1 733	55,4	20,8	274	43,7	65
Autres villes	16,9	1 462	53,1	14,9	247	47,6	70
Ensemble urbain	16,3	3 195	54,3	18,0	521	45,7	135
Rural	14,4	11 637	49,5	18,5	1 671	45,2	378
Région[2]							
Kayes	17,8	2 265	43,1	14,4	403	66,2	67
Koulikoro	11,2	3 504	55,6	17,6	394	36,3	107
Sikasso	18,7	2 906	51,2	14,9	543	46,0	105
Ségou	10,4	2 330	45,4	24,3	241	56,4	84
Mopti	15,0	1 407	53,3	25,6	211	25,3	50
Tombouctou	14,8	253	46,1	14,7	37	24,1	10
Gao	20,3	428	54,1	23,0	87	40,6	24
Kidal	†	6	†	†	1	†	0
Bamako	15,8	1 733	55,4	20,8	274	43,7	65
Quintiles de bien-être économique							
Le plus bas	12,2	3 094	42,3	16,6	378	49,1	75
Second	14,8	3 103	48,1	20,3	458	41,3	103
Moyen	16,0	3 021	50,6	20,5	482	51,7	122
Quatrième	13,8	3 013	49,4	12,7	416	45,7	83
Le plus élevé	17,6	2 600	61,1	20,9	457	40,1	129
Ensemble	14,8	14 831	50,6	18,4	2 192	45,3	513

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25–49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée

[1] Y compris les conseils et traitements des sources suivantes : le secteur médical public, le secteur médical privé, le secteur médical ONG, les boutiques, les vendeurs de médicaments ambulants et le marché. Non compris les conseils ou les traitements fournis par un guérisseur ou praticien traditionnel

[2] † : Les données de la région de Kidal ne sont pas représentatives de toute région ; elles sont prises en compte dans l'ensemble des résultats et contribuent à l'estimation des indicateurs au niveau national mais elles ne sont pas présentées séparément

3.14 VIH

3.14.1 Connaissance des moyens de prévention parmi les jeunes

Connaissance des moyens de prévention du VIH

Savoir que l'utilisation régulière de condoms pendant les rapports sexuels et n'avoir qu'un seul partenaire fidèle et non infecté peuvent réduire les risques de contracter le VIH, savoir qu'une personne apparemment en bonne santé peut néanmoins avoir le VIH et rejeter les deux idées erronées les plus importantes sur la transmission du VIH : le VIH peut être transmis par les piqûres de moustiques et une personne peut être infectée en partageant le repas d'une personne ayant le VIH.

Échantillon : Femmes et hommes de 15–24 ans

La connaissance du mode de transmission du VIH est essentielle pour permettre aux gens d'éviter de contracter l'infection par le VIH, et cela est particulièrement vrai pour les jeunes gens, qui constituent une population plus à risques dans la mesure où, à ces âges, les relations peuvent être de courte durée, avec des partenaires sexuels multiples et des comportements à risques plus fréquents.

Dans cette section, sont considérés comme ayant une connaissance complète des moyens de prévention du VIH, les jeunes de 15–24 ans qui savent que l'utilisation régulière du condom au cours des rapports sexuels et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le virus du sida, ceux qui savent également qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida et qui rejettent les deux idées erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du VIH.

Le **Tableau 18** récapitule les résultats concernant la connaissance complète des moyens de prévention du VIH parmi les femmes et les hommes de 15–24 ans.

- Au Mali, 13 % des jeunes femmes et 15 % des jeunes hommes âgés de 15–24 ans ont une connaissance complète des moyens de prévention du VIH.

- Le pourcentage de jeunes ayant une connaissance complète sur le VIH est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural, 19 % des jeunes femmes et 25 % des jeunes hommes du milieu urbain contre 10 % chez chacune des deux catégories en milieu rural.

- Le pourcentage de jeunes ayant une connaissance complète sur le VIH augmente avec le niveau d'instruction, passant de 7 % chez les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction à 19 % chez celles ayant le niveau secondaire ou plus, et, chez les hommes, de respectivement 8 % à 21 %.

Tableau 18 Connaissance des moyens de prévention du VIH parmi les jeunes

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15–24 ans connaissant les moyens de prévention du VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VII Mali 2023–2024

	Femme de 15–24 ans		Homme de 15–24 ans	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH[1]	Effectif de femmes	Pourcentage ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH[1]	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15–19	10,3	3 862	10,6	1 669
15–17	9,9	2 324	8,2	1 041
18–19	11,1	1 538	14,6	627
20–24	14,9	3 378	20,4	1 165
20–22	13,5	2 137	20,2	737
23–24	17,3	1 241	20,7	428
État matrimonial				
Célibataire	14,1	3 308	14,4	2 650
A déjà eu des rapports sexuels	16,8	810	19,7	766
N'a jamais eu de rapports sexuels	13,3	2 499	12,3	1 883
À déjà été en union	11,1	3 932	17,1	183
Milieu de résidence				
Bamako	17,7	1 296	29,2	531
Autres villes	20,4	980	18,8	372
Ensemble urbain	18,9	2 277	24,9	903
Rural	9,6	4 963	9,8	1 930
Région[2]				
Kayes	9,8	1 156	15,2	403
Koulikoro	15,2	1 731	8,8	673
Sikasso	8,8	1 202	13,2	518
Ségou	9,5	972	9,8	413
Mopti	14,1	536	9,7	178
Tombouctou	7,1	130	19,1	54
Gao	6,5	214	2,5	61
Kidal	†	3	†	1
Bamako	17,7	1 296	29,2	531
Niveau d'instruction				
Aucun	6,8	2 797	8,3	698
Primaire	9,9	1 502	6,9	638
Secondaire ou plus	19,2	2 942	20,8	1 497
Quintiles de bien-être économique				
Le plus bas	8,8	1 011	5,9	479
Second	8,1	1 118	11,6	450
Moyen	7,5	1 368	6,8	515
Quatrième	12,1	1 658	18,3	606
Le plus élevé	20,3	2 085	24,0	784
Ensemble 15–24	12,5	7 240	14,6	2 833

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25–49 cas non pondérés.
[1] Sont considérés comme connaissant les moyens de prévention du VIH, les enquêtés qui savent que l'utilisation systématique du condom au cours des rapports sexuels et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire sexuel fidèle et non infecté peuvent réduire les risques de contracter le VIH, ceux qui savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut, en fait, avoir le VIH et ceux qui rejettent les deux conceptions erronées les plus courantes sur la transmission ou la prévention du VIH: le VIH peut être transmis par les piqûres de moustiques et une personne peut devenir infectée en partageant les repas avec une personne qui a le VIH.
[2] † : Les données de la région de Kidal ne sont pas représentatives de toute région ; elles sont prises en compte dans l'ensemble des résultats et contribuent à l'estimation des indicateurs au niveau national mais elles ne sont pas présentées séparément

3.14.2 Comportement sexuel

Les informations sur le comportement sexuel sont importantes pour mettre en œuvre et effectuer le suivi des programmes d'interventions pour contrôler la propagation du VIH.

Le multipartenariat dans les rapports sexuels accroît le risque d'infection par les IST, en particulier le risque de contracter le VIH. Ce risque est d'autant plus important quand l'utilisation du condom comme moyen de prévention est rare.

Le **Tableau 19.1** décrit les résultats sur le multipartenariat sexuel et l'utilisation de condom chez les femmes de 15 à 49 ans au cours des 12 derniers mois.

- Parmi les femmes de 15 à 49 ans, 1 % ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec deux partenaires sexuels ou plus ;
- Cinq pour cent ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient ;
- Parmi les femmes ayant eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois, 12 % ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels ;
- Parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient, 10 % ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne ;
- Le nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie est estimé à 1,3.

Parmi les femmes de 15–49 ans qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec deux partenaires sexuels ou plus, 4 % étaient celles en rupture d'union et 2 % étaient célibataires.

- 21 % des femmes de 15 à 49 ans qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient étaient des célibataires et 18 % étaient en rupture d'union.
- Parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient, 9 % avaient un niveau secondaire ou plus contre 3 % parmi celles sans aucun niveau d'instruction ; en outre, 8 % vivaient dans un ménage classé dans le quintile de bien-être économique le plus élevé contre 2 % parmi celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus bas.

Tableau 19.1 Partenaires sexuels multiples et rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Femme

Parmi toutes les femmes de 15–49 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient ; parmi les femmes ayant eu, au cours des 12 derniers mois, plus d'un partenaire sexuel, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels; parmi les femmes de 15–49 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne; Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VII Mali 2023–2024

	Parmi toutes les femmes			Parmi les femmes ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois		Parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient		Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels[1]	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Groupe d'âges									
15–24	1,3	9,1	7 240	13,3	92	9,0	655	1,3	4 700
15–19	1,2	10,1	3 862	(15,0)	48	8,9	390	1,2	1 732
20–24	1,3	7,9	3 378	(11,5)	44	9,3	266	1,3	2 968
25–29	1,1	4,0	2 905	(3,4)	31	10,6	116	1,3	2 839
30–39	1,0	2,2	4 446	(20,3)	45	11,9	97	1,4	4 411
40–49	0,9	1,0	2 755	*	24	(8,8)	28	1,4	2 735
État matrimonial									
Célibataire	2,1	20,7	3 585	25,1	74	10,0	742	1,7	999
Mariée/vivant ensemble	0,7	0,5	13 237	2,8	96	6,4	63	1,3	13 166
En rupture d'union	4,2	17,6	525	*	22	8,4	92	1,9	519
Milieu de résidence									
Bamako	1,5	9,3	2 675	(28,3)	40	14,3	249	1,5	1 967
Autres villes	1,2	8,1	2 048	(11,4)	26	7,4	166	1,4	1 607
Ensemble urbain	1,4	8,8	4 723	21,8	66	11,5	415	1,5	3 574
Rural	1,0	3,8	12 624	6,5	127	7,8	481	1,3	11 110
Région[2]									
Kayes	1,8	5,4	2 635	(10,2)	47	11,0	142	1,5	2 321
Koulikoro	0,7	4,4	4 018	*	27	8,0	177	1,3	3 416
Sikasso	0,5	3,8	3 143	*	17	4,3	119	1,3	2 774
Ségou	2,0	4,7	2 574	(1,8)	51	7,4	121	1,2	2 269
Mopti	0,4	2,6	1 530	*	6	6,0	40	1,2	1 337
Tombouctou	0,9	3,3	281	*	3	7,6	9	1,3	226
Gao	0,3	8,4	485	*	1	7,9	41	1,5	369
Kidal	†	†	6	†	0	†	0	†	5
Bamako	1,5	9,3	2 675	(28,3)	40	14,3	249	1,5	1 967
Niveau d'instruction									
Aucun	0,9	2,6	9 382	3,8	86	4,2	240	1,3	8 676
Primaire	1,3	6,2	2 926	(14,7)	39	12,1	182	1,4	2 438
Secondaire ou plus	1,3	9,4	5 039	20,1	67	11,3	475	1,4	3 570
Quintiles de bien-être économique									
Le plus bas	0,7	2,2	3 036	*	20	2,8	68	1,2	2 839
Second	0,8	2,7	3 143	*	24	5,0	85	1,3	2 900
Moyen	1,3	4,9	3 318	(9,5)	42	8,7	161	1,3	2 937
Quatrième	1,5	6,7	3 676	(15,3)	56	9,5	245	1,4	3 000
Le plus élevé	1,2	8,1	4 174	19,8	51	12,5	337	1,4	3 007
Ensemble	1,1	5,2	17 347	11,7	193	9,5	897	1,3	14 684

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25–49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée

[1] Les moyennes sont calculées en excluant les enquêtées qui ont donné des réponses non numériques.

[2] † : Les données de la région de Kidal ne sont pas représentatives de toute région ; elles sont prises en compte dans l'ensemble des résultats et contribuent à l'estimation des indicateurs au niveau national mais elles ne sont pas présentées séparément

Le **Tableau 19.2** décrit les résultats sur le multipartenariat sexuel et l'utilisation de condom chez les hommes de 15 à 49 ans au cours des 12 derniers mois.

- Parmi les hommes de 15–49 ans, 14 % ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec deux partenaires sexuels ou plus et 15 % ont eu des rapports sexuels avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient.

- Le pourcentage d'hommes de 15–49 ans ayant eu des rapports sexuels avec deux partenaires sexuels ou plus est plus élevé parmi ceux n'ayant aucun niveau d'instruction que parmi les autres (18 % contre 10 % parmi ceux ayant le niveau secondaire ou plus) ; dans les régions, ce pourcentage varie de 1 % à Taoudenni à 19 % à Ségou.

- Parmi les hommes ayant eu deux partenaires sexuelles ou plus, 12 % ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels.

- Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient, 36 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels. Ce pourcentage varie de 27 % parmi ceux sans niveau d'instruction à 42 % parmi ceux ayant le niveau secondaire ou plus.

- En moyenne, le nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie des hommes est estimé à 3,1. Ce nombre moyen de partenaire sexuels sur la durée de vie varie de 4,1 en milieu urbain à 2,7 en milieu rural.

- Parmi les hommes sans niveau d'instruction, ce nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie est de 2,6 contre 3,6 parmi ceux ayant le niveau secondaire ou plus.

- Des ménages du quintile de bien-être économique le plus bas au plus élevé, le nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie tend à augmenter, passant de 2,5 à 4,0.

- Parmi les hommes de 15 à 64 ans, 16 % ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois et parmi eux, 9 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels.

- Parmi les hommes de 15–64 ans, 13 % ont eu des rapports sexuels avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient et, parmi eux, 36 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels.

Tableau 19.2 Partenaires sexuelles multiples et rapport sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Homme

Parmi tous les hommes de 15–49 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois et pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient ; parmi ceux ayant eu plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours de ces derniers rapports sexuels ; parmi les hommes de 15–49 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne; parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, nombre moyen de partenaires sur la durée de vie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VII Mali 2023–2024

	Parmi tous les hommes			Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois		Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient		Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels[1]	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Groupe d'âges									
15–24	4,7	20,6	2 833	38,2	132	32,9	583	3,0	937
15–19	1,2	11,3	1 669	*	20	31,7	189	2,2	274
20–24	9,6	33,8	1 165	35,9	112	33,5	394	3,3	663
25–29	10,7	24,0	930	30,7	99	38,2	223	3,2	800
30–39	17,4	10,0	1 693	7,4	295	40,7	169	3,0	1 592
40–49	32,0	3,8	1 230	1,8	394	(46,5)	46	3,3	1 173
État matrimonial									
Célibataire	6,0	26,8	3 127	45,2	186	33,3	839	3,6	1 094
Mariée/vivant ensemble	20,8	4,7	3 512	3,2	730	49,2	166	2,9	3 363
En rupture d'union	(8,3)	(35,9)	47	*	4	*	17	(6,1)	44
Type d'union									
En union polygame	77,8	2,8	731	1,0	569	*	21	3,4	694
En union non polygame	5,8	5,2	2 781	11,0	161	51,1	145	2,8	2 670
Non actuellement en union	6,0	27,0	3 174	45,6	190	33,4	856	3,7	1 138
Milieu de résidence									
Bamako	12,3	23,7	1 177	25,5	145	44,9	279	4,0	784
Autres villes	14,5	19,4	795	21,3	115	47,1	154	4,3	500
Ensemble urbain	13,2	22,0	1 971	23,7	261	45,7	433	4,1	1 284
Rural	14,0	12,5	4 714	7,3	659	28,8	589	2,7	3 218
Région[2]									
Kayes	16,5	20,7	920	14,3	152	32,8	190	3,4	687
Koulikoro	9,1	12,5	1 637	13,4	149	31,7	205	2,7	1 113
Sikasso	15,4	9,7	1 215	4,9	188	27,7	118	2,4	781
Ségou	19,3	15,3	939	7,7	181	31,4	144	3,6	636
Mopti	16,6	12,4	505	8,1	84	46,0	62	2,8	322
Tombouctou	4,8	6,5	128	(13,2)	6	(46,8)	8	2,1	80
Gao	9,4	8,4	163	(4,7)	15	(26,5)	14	2,1	98
Kidal	†	†	2	†	0	†	0	†	2
Bamako	12,3	23,7	1 177	25,5	145	44,9	279	4,0	784
Niveau d'instruction									
Aucun	18,2	8,5	2 476	4,9	449	27,0	211	2,6	1 881
Primaire	12,9	16,6	1 352	10,0	174	28,4	224	3,3	908
Secondaire ou plus	10,4	20,6	2 858	23,8	296	42,1	587	3,6	1 713
Quintiles de bien-être économique									
Le plus bas	15,9	8,2	1 179	1,3	188	14,8	97	2,5	803
Second	14,6	9,9	1 174	5,4	172	20,0	116	2,3	820
Moyen	15,3	13,7	1 190	13,0	183	32,1	164	3,2	782
Quatrième	12,1	18,9	1 446	15,6	174	38,4	274	3,3	971
Le plus élevé	12,0	21,9	1 697	23,4	203	46,4	371	4,0	1 126
Ensemble 15–49	13,8	15,3	6 686	12,0	920	36,0	1 022	3,1	4 502
50–64	30,5	1,8	1 143	1,0	349	*	21	2,9	1 072
Ensemble 15–64	16,2	13,3	7 829	9,0	1 269	35,9	1 043	3,1	5 574

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25–49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée
[1] Les moyennes sont calculées en excluant les enquêtés qui ont donné des réponses non numériques.
[2] † : Les données de la région de Kidal ne sont pas représentatives de toute région ; elles sont prises en compte dans l'ensemble des résultats et contribuent à l'estimation des indicateurs au niveau national mais elles ne sont pas présentées séparément

3.14.3 Tests du VIH précédents

Les programmes de dépistage du VIH diagnostiquent les personnes vivant avec le VIH afin qu'elles puissent être orientées vers des soins et accéder à la thérapie antirétrovirale (TAR). La connaissance du statut sérologique aide les personnes séronégatives à réduire leurs risques et à rester négatives.

La connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH contribue à limiter la propagation de l'épidémie dans la mesure où elle permet aux personnes de prendre des précautions pour se protéger et protéger leurs partenaires.

Les résultats concernant les femmes sont présentés au **Tableau 20.1**. Il ressort de l'analyse de ce tableau que 20 % des femmes ont déclaré avoir fait le test du VIH et reçu le résultat. En outre, 1 % des femmes ont effectué un test et n'ont pas reçu les résultats ; et une proportion très importante des femmes (79 %) n'ont jamais effectué un test du VIH. Par ailleurs, 22 % ont déclaré avoir déjà fait un test du VIH et 5 % des femmes avaient fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et connaissaient le résultat.

Le pourcentage de femmes ayant déjà fait un test du VIH varie de manière importante en fonction des caractéristiques sociodémographiques :

- Ce pourcentage est nettement plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (34 % contre 17 %). en particulier à Bamako (36 % contre 31 % dans les autres villes) ;
- Ce pourcentage augmente avec le niveau d'instruction, de 16 % parmi les femmes sans niveau d'instruction à 32 % parmi celles ayant le niveau secondaire ;
- Du quintile de bien-être économique le plus bas au plus élevé, le pourcentage de femmes ayant déjà fait un test du VIH augmente passant de 11 % à 35 %.

Les pourcentages de femmes ayant fait un test du VIH récent et connaissant le résultat présentent les mêmes variations que les pourcentages de femmes ayant déjà effectué un test du VIH.

Tableau 20.1 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Femme

Répartition (en %) des femmes de 15–49 ans selon qu'elles ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'elles ont reçu, ou non, les résultats du dernier test ; pourcentage de femmes de 15–49 ans ayant déjà fait un test du VIH et pourcentage de femmes ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu les résultats du dernier test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VII Mali 2023–2024

Caractéristique sociodémographique	Répartition (en %) des femmes selon qu'elles ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'elles ont reçu, ou non, les résultats du dernier test						
	A fait un test du VIH et a reçu le résultat	A fait un test du VIH mais n'a pas reçu le résultat	N'a jamais fait de test du VIH[1]	Total	Pourcentage ayant déjà fait un test du VIH	Pourcentage ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat du dernier test	Effectif de femmes
Groupe d'âges							
15–24	12,7	1,1	86,3	100,0	13,7	3,7	7 240
15–19	5,9	0,7	93,4	100,0	6,6	1,8	3 862
20–24	20,4	1,5	78,1	100,0	21,9	5,7	3 378
25–29	26,9	1,4	71,7	100,0	28,3	7,2	2 905
30–39	29,3	1,6	69,1	100,0	30,9	6,1	4 446
40–49	19,1	0,7	80,3	100,0	19,7	2,0	2 755
État matrimonial							
Célibataire	7,6	0,2	92,1	100,0	7,9	2,3	3 585
A déjà eu des rapports sexuels	21,5	0,5	78,0	100,0	22,0	5,9	1 027
N'a jamais eu de rapports sexuels	2,1	0,1	97,8	100,0	2,2	0,8	2 558
Mariée/vivant ensemble	23,6	1,5	75,0	100,0	25,0	5,2	13 237
En rupture d'union	25,3	0,5	74,1	100,0	25,9	4,5	525
Milieu de résidence							
Bamako	35,6	0,8	63,7	100,0	36,3	7,4	2 675
Autres villes	29,7	1,0	69,3	100,0	30,7	7,0	2 048
Ensemble urbain	33,0	0,9	66,1	100,0	33,9	7,2	4 723
Rural	15,6	1,3	83,1	100,0	16,9	3,6	12 624
Région[2]							
Kayes	17,6	2,5	79,8	100,0	20,2	4,3	2 635
Koulikoro	21,1	0,7	78,2	100,0	21,8	4,7	4 018
Sikasso	16,8	1,7	81,6	100,0	18,4	4,0	3 143
Ségou	15,3	0,8	83,9	100,0	16,1	3,7	2 574
Mopti	16,4	0,8	82,8	100,0	17,2	3,4	1 530
Tombouctou	4,2	0,3	95,5	100,0	4,5	0,5	281
Gao	16,6	0,9	82,5	100,0	17,5	5,0	485
Kidal	†	†	†	†	†	†	6
Bamako	35,6	0,8	63,7	100,0	36,3	7,4	2 675
Niveau d'instruction							
Aucun	14,7	1,3	84,0	100,0	16,0	3,0	9 382
Primaire	19,9	1,4	78,7	100,0	21,3	4,1	2 926
Secondaire ou plus	31,0	0,9	68,0	100,0	32,0	7,9	5 039
Quintiles de bien-être économique							
Le plus bas	9,7	1,1	89,2	100,0	10,8	2,3	3 036
Second	11,3	1,3	87,4	100,0	12,6	2,3	3 143
Moyen	14,4	1,6	83,9	100,0	16,1	3,7	3 318
Quatrième	26,8	1,3	71,9	100,0	28,1	5,6	3 676
Le plus élevé	33,8	0,8	65,4	100,0	34,6	7,9	4 174
Ensemble	20,3	1,2	78,5	100,0	21,5	4,6	17 347

[1] Y compris les enquêtées qui n'ont pas entendu parler du VIH ou qui ont refusé de répondre aux questions sur le test.
[2]. † : Les données de la région de Kidal ne sont pas représentatives de toute région ; elles sont prises en compte dans l'ensemble des résultats et contribuent à l'estimation des indicateurs au niveau national mais elles ne sont pas présentées séparément

Le **Tableau 20.2** présente les résultats pour les hommes. Il ressort de l'analyse de ce tableau que 10 % des hommes de 15–49 ans ont déclaré avoir fait le test du VIH et reçu le résultat. En outre, moins de 1 % des hommes ont effectué un test et n'ont pas reçu les résultats ; et une proportion très importante des hommes (89 %) n'ont jamais effectué un test du VIH. Par ailleurs, 11 % ont déclaré avoir déjà fait un test du VIH et seulement 2 % connaissaient leur statut VIH récent.

La connaissance du statut sérologique varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

- Le pourcentage d'hommes ayant déjà effectué un test du VIH varie avec l'âge, de 4 % à 15–24 ans à 17 % à 30–39 ans ;
- Ce pourcentage est plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain (9 % contre 16 %) ;
- Ce pourcentage augmente avec le niveau d'instruction, passant de 5 % parmi ceux sans aucun niveau d'instruction à 17 % parmi ceux ayant le niveau secondaire ou plus ;
- Du quintile de bien-être économique le plus bas au plus élevé, ce pourcentage passe de 5 % à 19 %.

Par ailleurs, les pourcentages d'hommes ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat du dernier test présentent les mêmes variations que les pourcentages de ceux qui ont déjà fait du VIH.

Tendances : Le **Graphique 9** présente les tendances des pourcentages de femmes et d'hommes ayant effectué un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat, pour la période 2006 à 2023–2024. De 2006 à 2018, on constate, chez les hommes comme chez les femmes une augmentation des pourcentages de personnes dépistées et qui connaissent leur statut. Parmi les femmes, le pourcentage est passé de 3 % à 9 % et, parmi les hommes de 15–49 ans, de 3 % à 5 % ; Cependant. Cette tendance à l'augmentation ne s'est pas poursuivie puisque les pourcentages obtenus à l'EDSM 2023–2024 sont légèrement plus faibles (5 % parmi les femmes et 2 % parmi les hommes). Ce résultat s'expliquerait par le changement de stratégie de dépistage du VIH qui cible actuellement les populations plus à risques (les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les femmes professionnelles du sexe, les personnes utilisatrices de drogues injectables, les femmes enceintes, les contacts des personnes vivant avec le VIH, les personnes déplacées internes, les personnes en détention, etc.) et la faible organisation des campagnes de dépistage de masse.

***Graphique 9* Dépistage du VIH : tendances**

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15–49 ans ayant fait un test du VIH au cours de l'année précédant l'enquête et ayant reçu le résultat

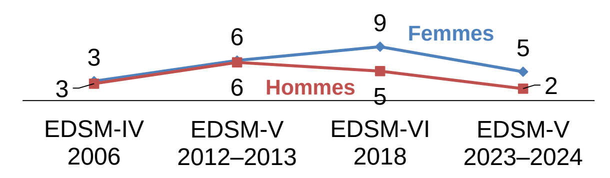


Tableau 20.2 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Homme

Répartition (en %) des hommes de 15–49 ans selon qu'ils ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'ils ont reçu, ou non, les résultats du dernier test ; pourcentage d'hommes de 15–49 ans ayant déjà fait un test du VIH et pourcentage d'hommes ayant fait un test au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat du dernier test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VII Mali 2023–2024

	Répartition (en %) des hommes selon qu'ils ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'ils ont reçu, ou non, les résultats du dernier test						
Caractéristique sociodémographique	A fait un test du VIH et a reçu le résultat	A fait un test du VIH mais n'a pas reçu le résultat	N'a jamais fait de test du VIH[1]	Total	Pourcentage ayant déjà fait un test du VIH	Pourcentage ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat du dernier test	Effectif d'hommes
Groupe d'âges							
15–24	3,1	0,5	96,3	100,0	3,7	0,8	2 833
15–19	0,7	0,3	99,0	100,0	1,0	0,1	1 669
20–24	6,6	0,8	92,6	100,0	7,4	1,7	1 165
25–29	12,6	1,1	86,3	100,0	13,7	2,7	930
30–39	16,2	0,8	83,0	100,0	17,0	3,3	1 693
40–49	15,4	0,5	84,2	100,0	15,8	2,2	1 230
État matrimonial							
Célibataire	4,7	0,6	94,7	100,0	5,3	0,8	3 127
A déjà eu des rapports sexuels	10,0	0,9	89,0	100,0	11,0	1,3	1 124
N'a jamais eu de rapports sexuels	1,8	0,4	97,9	100,0	2,1	0,5	2 003
Mariée/vivant ensemble	14,6	0,8	84,6	100,0	15,4	2,9	3 512
En rupture d'union	(13,9)	(0,0)	(86,1)	100,0	(13,9)	(6,1)	47
Milieu de résidence							
Bamako	16,1	0,9	83,0	100,0	17,0	2,5	1 177
Autres villes	12,8	1,1	86,1	100,0	13,9	1,8	795
Ensemble urbain	14,7	1,0	84,3	100,0	15,7	2,2	1 971
Rural	8,0	0,6	91,4	100,0	8,6	1,8	4 714
Région[2]							
Kayes	7,2	0,2	92,6	100,0	7,4	1,2	920
Koulikoro	8,6	0,5	90,9	100,0	9,1	2,3	1 637
Sikasso	8,1	0,5	91,4	100,0	8,6	1,5	1 215
Ségou	11,9	1,8	86,2	100,0	13,8	1,8	939
Mopti	6,0	0,0	94,0	100,0	6,0	1,4	505
Tombouctou	8,3	1,3	90,4	100,0	9,6	1,4	128
Gao	12,1	0,2	87,7	100,0	12,3	3,4	163
Kidal	†	†	†	†	†	†	2
Bamako	16,1	0,9	83,0	100,0	17,0	2,5	1 177
Niveau d'instruction							
Aucun	4,2	0,3	95,5	100,0	4,5	0,5	2 476
Primaire	7,7	0,5	91,8	100,0	8,2	0,8	1 352
Secondaire ou plus	16,1	1,1	82,8	100,0	17,2	3,7	2 858
Quintiles de bien-être économique							
Le plus bas	4,1	0,7	95,2	100,0	4,8	0,5	1 179
Second	5,8	0,3	93,8	100,0	6,2	1,0	1 174
Moyen	8,2	0,7	91,1	100,0	8,9	1,5	1 190
Quatrième	10,6	0,5	88,9	100,0	11,1	2,5	1 446
Le plus élevé	17,7	1,0	81,2	100,0	18,8	3,3	1 697
Ensemble 15–49	10,0	0,7	89,3	100,0	10,7	1,9	6 686
50–64	14,5	0,5	85,0	100,0	15,0	1,0	1 143
Ensemble 15–64	10,6	0,7	88,7	100,0	11,3	1,8	7 829

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25–49 cas non pondérés.
[1] Y compris les enquêtés qui n'ont pas entendu parler du VIH ou qui ont refusé de répondre aux questions sur le VIH.
[2] † : Les données de la région de Kidal ne sont pas représentatives de toute région ; elles sont prises en compte dans l'ensemble des résultats et contribuent à l'estimation des indicateurs au niveau national mais elles ne sont pas présentées séparément

RÉFÉRENCES

Bradley, S.E.K., T.N. Croft, J.D. Fishel, and C.F. Westoff. 2012. *Revising Unmet Need for Family Planning. DHS Analytical Studies No. 25.* Calverton, Maryland, USA: ICF International.

Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International. 2014. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012–2013*. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT, et ICF International.

Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) et ORC Macro. 2002. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001*. Calverton, Maryland, USA : CPS/MS, DNSI et ORC Macro.

Cellule de Planification et de Statistique/SSDS/Ministère de la Santé (CPS/MS), Institut National de la Statistique (INSTAT) et ORC Macro. 2007. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2006*. Calverton, Maryland, USA : CPS/MS, INSTAT, et ICF Macro.

Chaparro CM, Suchdev PS. Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low- and middle-income countries. *Ann N Y Acad Sci*. 2019 Aug; 1450(1):15–31. doi: 10.1111/nyas.14092. Epub 2019 Apr 22. PMID: 31008520; PMCID: PMC6697587.

Coulibaly, S., F. Dicko, S. M. Traoré, O. Sidibé, M. Seroussi et B. Barrère. 1996. *Enquête Démographique et de Santé, Mali 1995–1996*. Calverton, Maryland, USA : Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique et Macro International Inc.

Haider, B. A., I. Olofin, M. Wang, D. Spiegelman, M. Ezzati, W. W. Fawzi, and G. Nutrition Impact Model Study. 2013. "Anaemia, Prenatal Iron Use, and Risk of Adverse Pregnancy Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis." *BMJ* 346: f3443. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23794316.

Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), et ICF. 2019. *Sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Indicateurs Clés*. Bamako, Mali, et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF, et ICF.

Institut National de la Statistique (INSTAT). 2022. *Cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2022*. Bamako, Mali.

Traoré, Baba, Mamadou Konaté et Cynthia Stanton. 1989. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 1987*. Columbia, Maryland: Centre d'Etudes et de Recherches sur la Population pour le Développement, Institut du Sahel et Institute for Resource Development/Westinghouse.

Van Lerberghe, W., and V. De Brouwere. 2001. "Of Blind Alleys and Things That Have Worked: History's Lessons on Reducing Maternal Mortality." In: De Brouwere, V., and W. Van Lerberghe, eds, *Safe Motherhood Strategies: A Recent Review of the Evidence.* Antwerp: ITG Press, 7–33.

World Health Organization (WHO) and United Nations Children's Fund (UNICEF). 2021. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Definitions and Measurement Methods*. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389.

World Health Organization (WHO). 2003. *World Health Report 2003*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). 2006a. *Standards for Maternal and Neonatal Care.* Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). 2006b. *Child Growth Standards*. Geneva, Switzerland: WHO. https://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf.